

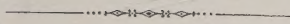
Thèse

DE LA
LARYNGITE SYPHILITIQUE

PAR

Pierre FERRAS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.



PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1872



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION.

Depuis l'invention du laryngoscope, les affections laryngées ont été l'objet de nombreuses publications; la plupart sont de véritables monographies. Seule, la laryngite syphilitique nous a paru, sinon négligée, du moins peu étudiée. Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis ou le larynx signalent la laryngite syphilitique; aucun d'eux n'en a fait le sujet d'un travail d'ensemble. Habitué au maniement du laryngoscope, par notre maître M. Isambert, ayant observé, sous sa bienveillante direction, un certain nombre de laryngites syphilitiques, nous avons cru pouvoir remplir cette lacune. Après avoir recueilli les faits épars, nous en avons fait un examen critique, et, lorsque des auteurs recommandables ont affirmé leurs opinions, nous nous sommes placé dans des conditions identiques pour contrôler les faits qu'ils avaient consignés. Le résultat de nos recherches diffère du leur. Notre divergence ne porte pas seulement sur l'interprétation, mais aussi sur les faits eux-mêmes. Ce travail eût été bien difficile, souvent infructueux, sans l'obligeant concours de nos collègues et amis de

Saint-Louis, du Midi et de Lourcine. Nous prions MM. Lallier, Hillairet, Fournier, de recevoir l'hommage de notre vive reconnaissance pour la bienveillance dont ils nous ont entouré, et nous adressons à M. Panas l'assurance que nous ne saurions oublier, combien nous ont été utiles sa bienveillance et ses conseils.

Nous nous sommes efforcé d'appliquer à cette étude la rigueur de la méthode enseignée aux leçons magistrales de M. Bazin, dont nous sommes fier d'être l'élève.

DE LA

LARYNGITE SYPHILITIQUE

PLAN.

Au point de vue anatomique et symptomatique, la laryngite syphilitique peut être divisée en deux formes : non ulcéreuse et ulcéreuse, que nous traiterons, successivement, dans chacun des chapitres de cette thèse.

Nous espérons pouvoir justifier cette division que nous avons substituée à celles des auteurs, qui décrivent une laryngite : « primaire, secondaire, tertiaire. »

HISTORIQUE.

C'est au commencement de ce siècle qu'on a publié les premières observations de laryngite syphilitique. Jusqu'alors, cette affection du larynx était simplement mentionnée.

Aussi Hawkins, dans un mémoire adressé en

1823 à l'Académie de médecine, faisait-il remarquer que, de toutes les manifestations syphilitiques, celles du larynx étaient les moins connues. On trouve, dans Trousseau et Belloc, d'intéressantes remarques et des méthodes de traitement qui, de nos jours, ont été inventées de nouveau à l'étranger. Si l'anatomie pathologique a pu être indiquée par M. Cruveilhier en 1834, la physiologie pathologique date de la vulgarisation du laryngoscope par Türk (de Vienne) et Czermak (de Pesth), qui ont repris, en 1858, les études commencées par Liston (1840), Garcia (1855). En 1864, M. Dance publie un travail intitulé : *Eruption du larynx dans la syphilis*. D'après M. Dance, il existe au larynx une éruption analogue à celle de la peau. Cette opinion est sommairement reproduite dans les traités publiés sur la syphilis depuis 1864. M. Rollet, dans son article du Dict. des sciences médicales : *Laryngite syphilitique*, lui accorde toute créance, ainsi qu'à l'opinion de MM. Gerhardt et Roth, qui soutiennent que les plaques muqueuses du larynx ne sont pas rares. Nous ferons tous nos efforts pour démontrer que, si nos conclusions sont tout autres, nous avons eu quelque droit de les poser.

PATHOGÉNIE.

L'affection laryngée est-elle une, à toutes les périodes, ou bien la syphilis détermine-t-elle, dans le

larynx, des lésions élémentaires analogues à celles de la peau? Ni l'une ni l'autre de ces propositions n'est exacte entièrement. Trousseau et Belloc (1) avaient déjà émis l'hypothèse que les lésions cutanées e celles du larynx devaient être les mêmes. Cette hypothèse a paru assez rationnelle pour être reprise par certains auteurs, qui ont essayé de la justifier en lui donnant une valeur scientifique. Aujourd'hui, l'hypothèse d'autrefois est devenue, paraît-il, fait démontré, et tous les auteurs signalent des formes de laryngite qui cadrent avec les grandes divisions de la syphilis généralement acceptées : primaire, secondaire, tertiaire. C'est ainsi qu'on voit successivement décrits : la roséole, les plaques muqueuses, les papules, les tubercules, les gommès du larynx.

Telle n'est pas notre opinion.

Que des plaques muqueuses, des papules, ou autres lésions élémentaires, puissent avoir pour siège la muqueuse laryngée, nous l'acceptons volontiers, surtout avec un observateur tel que M. Cusco, qui a noté ces lésions dans ses recherches laryngoscopiques. Mais ce sont là des exceptions et non la règle. Aussi ne pouvons-nous admettre que, d'après la lésion cutanée, on puisse dire, quelle est celle du larynx. Tel qui présente des syphilides tuberculeuses et qui, de plus, est atteint d'aphonie, peut n'avoir qu'une hyperémie intense de la mu-

(1) Trousseau et Belloc. Phthisie laryngée; 1837.

queuse laryngée qui ne s'ulcérera jamais. D'autres, au contraire, mais ce fait est plus rare, ont à peine dépassé l'époque de la roséole ou des plaques des muqueuses ou de la peau, et déjà ils peuvent être affectés d'une laryngite ulcéreuse. Donc, puisque l'affection laryngée ne répond pas, dans la majorité des cas, à celles de la peau, on n'est pas autorisé à décrire la roséole, les plaques muqueuses, les papules laryngées, en impliquant un rapport direct, dans l'ordre d'apparition au larynx et à la peau.

Ce sont ces considérations qui motivent notre préférence en faveur de la division que nous avons adoptée.

En disant laryngite non ulcéreuse et ulcéreuse, nous ne précisons pas, à dessein, la période de la syphilis; c'est là une des qualités de cette division que nous croyons plus conforme aux faits qu'elle ne force point à obéir à l'analogie.

Des causes, réputées banales, peuvent avoir une action très-efficace sur la réapparition, la durée de la laryngite. On connaît l'effet du tabac sur les plaques muqueuses de la bouche, si lentes à disparaître, lorsqu'on ne cesse pas de fumer. Son action est aussi certaine sur la muqueuse du larynx enflammé, car nous avons constaté de fréquentes rechutes et des aggravations, chez des sujets qui revenaient à l'habitude de fumer dont ils s'étaient départis pendant quelque temps.

L'abus des liqueurs alcooliques, les excès de la

parole et du chant ont ici l'influence active qu'on a signalée dans la laryngite simple chronique. C'est à un triple excès d'alcool, de tabac et de chant qu'il faut rapporter, souvent, le début d'une laryngite chronique qui, probablement, eût été passagère chez un sujet non syphilitique.

On n'a pas tenu assez de compte, jusqu'ici, de ces trois causes et des effets qu'elles peuvent produire sur la muqueuse laryngée, et nul doute, qu'on n'ait souvent déclaré, à tort, syphilitique, une laryngite qui était due à l'abus du tabac ou du chant. De même on a décrit, après examen laryngoscopique, des rougeurs produites par la syphilis, qui peuvent être observées chez des sujets non syphilitiques.

Observe-t-on souvent la laryngite syphilitique? Vu le grand nombre de sujets porteurs d'autres manifestations, on peut dire la localisation au larynx assez rare. C'est ainsi qu'en parcourant les salles du Midi ou de Lourcine, on en rencontre à peine quelques cas. A l'hôpital Saint-Louis, rendez-vous des syphilis anciennes ou précoces graves, nous en avons observé relativement un plus grand nombre. C'est là, surtout, que nous avons pu voir combien était erronée l'opinion de ceux qui attribuent toujours à des ulcères, à des tubercules, à des gommès, les altérations de la voix chez les syphilitiques arrivés à la période tertiaire. Chez un grand nombre, après des examens réitérés, nous

n'avons trouvé que la laryngite non ulcéreuse, et, chez plusieurs, à un degré très-faible.

Il n'y a pas, en effet, de rapport constant, au point de vue de la gravité, entre l'affection cutanée et les lésions du larynx, pas plus qu'on ne peut dire qu'une syphilis grave frappera plutôt cet organe qu'une syphilis bénigne.

Aux divisions des auteurs, à leur opinion sur les lésions du larynx, nous croyons pouvoir opposer : qu'il n'y a pas une forme de laryngite qu'on puisse appeler primaire, secondaire, tertiaire ; que les faits constatés au laryngoscope nous autorisent à diviser la laryngite en deux formes : non ulcéreuse et ulcéreuse, et cela sans préjuger de l'âge de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A l'état normal, tous les tissus contribuent à la composition du larynx ; on conçoit, sans peine, combien doivent être nombreuses et variées les altérations que la syphilis peut produire dans cet organe. En effet, on y trouve tous les actes morbides possibles, depuis la congestion la plus faible de la muqueuse ou revêtement interne, jusqu'à la destruction de sa charpente cartilagineuse.

Nous allons, dans ce chapitre, passer en revue les lésions qui ont été observées dans la laryngite syphilitique non ulcéreuse ; plus loin, nous traiterons des lésions propres à la laryngite ulcéreuse.

Les lésions de la laryngite non ulcéreuse se rapportent à trois modes de l'inflammation : hyperémie, œdème, hypertrophie.

1° *Hyperémie.*

La muqueuse présente une couleur rouge sombre, surtout au niveau de la face postérieure de l'épiglotte, de la face antéro-supérieure des éminences aryténoïdes et des cordes vocales supérieures. Cette rougeur est diffuse et, en aucun point, on n'a vu des vaisseaux déliés dessiner de fines arborisations, comme cela s'observe dans la laryngite des tuberculeux.

Trousseau et Belloc (1) avaient déjà observé que la rougeur peut, en partie, disparaître, ainsi que le gonflement, et que l'on aurait alors une idée fausse des phénomènes congestifs produits pendant la vie, d'après l'inspection du larynx. Aujourd'hui, grâce au laryngoscope, on peut, par l'examen antérieur du malade, se rendre un compte plus exact de cette lésion. Lebert (2), qui a reproduit l'opinion de Trousseau et Belloc, fait remarquer que cette disparition de la rougeur est favorisée par l'abondance des éléments élastiques de la membrane muqueuse, surtout de celle des cordes vo-

(1) Loc. cit.

(2) Lebert. Anat. path. générale et spéciale; 1857, p. 582 et suiv.

cales. Ce fait se produit dans toutes les laryngites, d'où l'insuffisance de l'anatomie pathologique.

Outre la rougeur foncée de la muqueuse, l'hyperémie produit un gonflement, variable selon l'intensité et la durée de la laryngite, bien différent selon les points que l'on examine. D'une manière générale, le gonflement de la laryngite syphilitique est dur, caractère très-important que nous rappellerons à propos du diagnostic.

Ce gonflement modifie la forme de l'épiglotte, dont le bord est, chez quelques sujets, uniformément arrondi; d'autres fois le gonflement, irrégulièrement réparti, donne à l'épiglotte une forme bilobée, trilobée. Le bourrelet de l'épiglotte participe, assez souvent, au gonflement général et cache en partie le sommet des cordes vocales inférieures. Ces mêmes cordes sont quelquefois presque invisibles, quand on regarde le larynx par son ouverture supérieure, à cause de la turgescence de la muqueuse des cordes vocales supérieures. Ces dernières comblent, dans ce cas, le ventricule d'un ou des deux côtés et arrivent au contact des cordes vocales inférieures, dont la muqueuse, dépolie et épaissie, ne laisse plus voir par transparence la couche fibreuse. Les éminences aryténoïdes présentent deux petites masses de consistance ferme, et paraissent, selon les cas, plus ou moins rapprochées, par suite de l'effacement de la commissure postérieure.

Presque toutes ces lésions ont été constatées à un haut degré, au mois d'octobre 1871, par notre collègue et ami H. Rendu, chez une femme atteinte de laryngite syphilitique non ulcéreuse, à qui il avait dû pratiquer la trachéotomie.

2° Œdème (exsudat).

C'est une lésion qui a été rarement observée à l'autopsie, dans la variété de laryngite que nous étudions.

Les cas rapportés par Lebert (1), Türk (2), Michaelis (3), ont trait à la laryngite syphilitique ulcéreuse, compliqués, comme dans la forme précédente, d'œdème inflammatoire, et non simplement séreux (M. Bouillaud) (4). L'observation 2 de Trousseau et Belloc (5) paraît répondre à un cas de véritable œdème dans le cours d'une laryngite non ulcéreuse, puisqu'il y avait : « léger œdème des bords de la glotte et des ligaments épiglottiques ; la muqueuse était boursouflée. » Il faut remarquer, disent ces auteurs, que cet œdème peut en partie

(1) Lebert. Loc. cit.

(2) Türk. Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx ; 1862.

(3) Michaelis in Wochenblatt-der-kk. Gesellskh, aerzte in Wien ; 1855.

(4) Bouillaud. Dict. méd. et ch. prat. article Œdème ; 1834.

(5) Loc. cit.

échapper à l'observation, car il n'y a pas flaccidité sur le vivant, mais tension, là où, sur le cadavre, se trouve affaissement et flaccidité. L'œdème, très-rare dans cette laryngite, a été bien observé comme complication d'ulcères laryngés, ainsi que nous le verrons.

3° *Hypertrophie.*

Sous ce titre, nous rangeons les cas de gonflements circonscrits en forme de végétations, qui sont rapportés par les auteurs. L'observation que nous devons à l'obligeante amitié de notre collègue Rendu, est précieuse à cet autre titre, qu'elle est le seul cas que nous connaissions, où, l'hypertrophie généralisée ait été notée. Disons de suite que, d'ordinaire, cette hypertrophie est modérée. Plus tard, nous verrons ce qu'elle est dans les cas graves de rétrécissement du larynx. Depuis Trousseau et Belloc, qui nous ont paru avoir rapporté, les premiers, à la laryngite syphilitique non ulcéreuse, de petites tumeurs à très-court pédicule, occupant le ventricule (observations 2 et 3) et la partie supérieure du larynx, de nombreuses observations, presque identiques, ont été publiées. Entre autres, nous citerons celles de Lebert, de Türck, qui insistent sur la brièveté du pédicule, en sorte que ces végétations se continuent, sans limites aussi tranchées que celles des végétations ordinaires. Ajoutons celle de M. Verneuil, 1859, de

Huguier (1), où les végétations volumineuses avaient causé une mort subite. Peut-être même, les observations sont-elles trop nombreuses, et on a trop souvent incriminé la syphilis. Nous reviendrons sur ce point, à propos des symptômes.

Quant à la structure de ces végétations ou papillomes, nous ne saurions mieux faire que de donner l'opinion de MM. Cornil et Ranvier. Si les papillomes ont eu un développement rapide, le corps des papilles est formé de tissu connectif embryonnaire. Lebert (3) avait observé la couche épaisse de revêtement des végétations, situées au niveau des cordes vocales, mais MM. Cornil et Ranvier font remarquer, de plus, que les papillomes possèdent souvent un revêtement de cellules pavimenteuses, alors même, que le point de la muqueuse où ils naissent, est tapissé de cellules cylindriques. Ces cellules, ajoutent ces auteurs, sont souvent vésiculeuses et en dégénérescence colloïde, ce qui explique peut-être l'aspect blanchâtre de ces végétations. Autre remarque importante : ces papillomes qui, d'ordinaire, naissent des papilles de la muqueuse, peuvent se développer sur des parties dépourvues de papilles, comme les ventricules du larynx.

Nous retrouvons encore là une preuve de plus du mode inflammatoire dans la syphilis non ulcéreuse,

(1) Huguier. Gazette hôp.; 1859, juillet.

(2) Loc. cit.

(3) Cornil et Ranvier. Manuel d'anat. path.

et nous sommes heureux de l'appui donné à notre opinion par MM. Cornil et Ranvier (1), quand ils parlent de la différence essentielle entre la syphilis et la tuberculose : celle-là détermine, dans ses premières périodes, des inflammations productives (plastiques, comme on disait autrefois) pouvant aboutir à un tissu adulte, tel que le tissu conjonctif, tandis que les inflammations de nature tuberculeuse sont, avant tout, destructives et suivies de mortification. Nous rangerons ici les cas très-rares de gommès non ulcérées et faisant relief, comme dans l'observation de Martellièrè (2). Les cicatrices, les rétrécissements fibreux, étant le résultat de la guérison des ulcères, nous nous en occuperons dans le chapitre suivant.

A dessein, nous n'avons pas parlé de la roséole, des plaques muqueuses du larynx. Le soin apporté dans nos recherches nous autorise à croire que, dans aucune nécropsie, ces altérations n'ont été consignées. Nous traiterons ce sujet à propos des signes fournis par le laryngoscope.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LARYNGITE ULCÉREUSE.

On peut retrouver ici, outre les lésions caractéristiques de cette forme de laryngite, les altérations

(1) Loc. cit.

(2) Martellièrè. Angine syph. Thèse Paris, 1854.

que nous avons décrites à propos de la laryngite non ulcéreuse, telles que l'hyperémie, l'hyperplasie de la muqueuse. Après avoir examiné les désordres qu'entraînent, à leur suite, les ulcères : œdème, gangrène de la muqueuse, destruction de muscles, périchondrite, carie, nécrose, nous aurons à décrire les modifications que subit le larynx, après leur cicatrisation. Ce résultat, souvent favorable, est devenu, dans certains cas, une source de dangers pour le malade par le fait même d'une réparation trop complète.

Quels sont les caractères anatomiques des ulcérations ?

Siège. — Tous les auteurs qui ont noté ces manifestations de la syphilis s'accordent à désigner l'épiglotte comme le siège habituel des ulcères et, les ulcérations primitives, étant de beaucoup plus nombreuses que celles dues à l'ulcération étendue de l'isthme du gosier, c'est donc là un caractère important.

Après l'épiglotte, les parties le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence :

Les ligaments aryténo-épiglottiques ;

Les cordes vocales supérieures (Martellière 1) ;

Les éminences aryténoïdes ;

Les cordes vocales inférieures (Michaelis 2), dont

(1) Martellière. Angine syphilitique. Thèse Paris, 1854, p. 47.

2) Michaelis. Loc. cit.

la couche élastique paraît être souvent pour la trachée une barrière suffisante contre l'envahissement ulcératif.

Nombre. — Les observations que nous avons pu consulter, ayant été prises sur des sujets atteints de laryngite ancienne, on a noté des ulcérations étendues, portant sur tout un côté, et atteignant alors l'épiglotte, les cordes vocales supérieures et inférieures. D'autres fois, l'ulcère est unique, occupant, par exemple, la place d'une éminence ary-ténoïde détruite. En général, on peut dire que le nombre des ulcères syphilitiques est restreint, caractère distinctif d'avec les ulcères diathésiques, à qui leur multiplicité permet d'affecter, simultanément, plusieurs parties.

Forme. — La disposition en croissant, en fer à cheval des ulcères syphilitiques cutanés, si précieuse comme élément diagnostique, n'a pas été indiquée au larynx. « Forme irrégulière, » voilà ce qu'on lit dans la plupart des descriptions en général très-sommaires. Rokitansky (1) parle d'ulcères en golfes, et Martellièrre (2), dans une observation que nous utiliserons encore à d'autres points de vues décrit la forme serpigineuse d'un ulcère, partant de l'origine de l'épiglotte (côté gauche), détruisant

(1) Rokitansky. Stenose du larynx, vol. III.

(2) Martellièrre. Loc. cit.

sur son passage la corde vocale supérieure et se prolongeant derrière la corde vocale inférieure du même côté.

Aspect et surface. — Ici, les caractères généraux des ulcères syphilitiques se retrouvent en partie. D'aspect jaune sale, le fond des ulcères est recouvert par une matière analogue à du pus concrété. Sur quelques endroits apparaissent des points rouges, véritables bourgeons qui rendent la surface inégale. La matière jaunâtre n'est pas entraînée par un filet d'eau ; pour la détacher, on doit râcler légèrement, on voit alors qu'elle adhère sans pénétrer bien avant. Le fond de l'ulcère est le plus souvent formé par un tissu induré.

Bords. — Une disposition, paraissant n'appartenir qu'aux ulcères syphilitiques, c'est le gonflement, le relief de leurs bords qui, de plus, présentent une certaine induration. C'est au niveau de ces bords, et surtout à la période de réparation, que Virchow a trouvé des végétations papillaires se détachant, dit-il, comme de petits bouchonnets lisses, épais, composés d'un tissu connectif, serré.

Etendue et profondeur. — Rarement superficielle, l'ulcération acquiert, au contraire, des dimensions notables, surtout en profondeur. A l'épiglotte, Türk (1) n'en a jamais vu dont l'existence se fût

(1) Türk. Loc. cit., p. 49.

prolongée quelque temps sans entraîner la perforation ; ce qui est bien plus rarement observé dans les ulcérations épiglottiques qui accompagnent la tuberculisation laryngée. Quand l'altération en est à ce point, le bord de l'opercule est toujours détaché dans une étendue considérable ou bien une grande partie de l'organe est détruite (Virchow) (1), s'il ne l'est pas en totalité comme dans l'observation de Czermak (2).

Dans d'autres cas où l'épiglotte était exceptionnellement conservée (Virchow (3), M. Lancereaux) (4), les cordes vocales étaient tout à fait détruites, et le larynx, si profondément altéré, qu'on avait peine à comprendre comment la vie avait pu se prolonger avec de pareilles lésions.

L'extension du travail ulcératif n'entraîne pas seulement la destruction totale de la muqueuse, mais encore celle des fibres musculaires sous-jacentes. La partie tendineuse n'est pas davantage respectée, car on peut trouver les cordes vocales détachées de leurs insertions au squelette laryngien. Celui-ci subit, à son tour, des lésions consécutives à celles des parties molles : jamais, croyons-nous, on n'a vu la charpente cartilagineuse être

(1) Virchow. Syph. constitutionnelle, p. 149-151.

(2) Czermak. Du laryngoscope, etc., p. 86.

(3) Virchow. Loc. cit.

(4) Lancereaux. Traité historique et pratique de syphilis ; 1866.

envahie, primitivement, comme cela a été observé dans la tuberculose laryngée.

La syphilis paraît n'atteindre que les cartilages revêtus d'une enveloppe fibreuse, analogue au périoste, le périchondre, et si ceux du larynx sont le siège de prédilection des altérations syphilitiques, ils le doivent à la présence du périchondre, ainsi que le fait observer M. Lancereaux (1). Encore, tous les cartilages du larynx ne sont pas indistinctement envahis. Le thyroïde a été rarement noté dans les observations, remarque déjà faite par Türck, qui cite un cas d'altération de ce cartilage rapporté par Friedreich (3). Ajoutons celui de M. Ricord (4).

Par ordre de fréquence, en rapport avec le siège des ulcères et aussi l'épaisseur du périchondre, on trouve signalés : l'épiglotte, les aryténoïdes, le cricoïde, le thyroïde.

Porter, dit Türck (5), a fait connaître, il y a quelques années, un cas de périchondrite observé chez un sujet syphilitique. Quand l'ulcération s'est arrêtée au voisinage de ces cartilages, on a retrouvé un épaississement dû à l'ossification et plus souvent à la crétification des cellules. Mais quand le fond de

(1) Lancereaux. Loc. cit.

(2) Türck. Loc. cit., p. 14.

(3) Friedreich. Ueber die Krankheiten des larynx; 1858.

(4) Ricord. Iconographie. Obs. XXX.

(5) Türck. Loc. cit., p. 14.

l'ulcère a touché le cartilage, celui-ci, alors dénudé, n'a pas tardé à présenter les altérations de la carie et de la nécrose. Dans ces cas, on a vu la séparation incomplète des parties nécrosées déterminer à l'intérieur du larynx des saillies volumineuses. D'autres fois, les séquestres, tout à fait détachés, sont devenus une cause d'asphyxie, n'ayant pu être rejetés au dehors par des efforts de toux, comme dans l'observation du D^r Gibb (1).

Le thyroïde, avons-nous dit, est de tous le plus rarement envahi. Chez le sujet dont M. Ricord a fait dessiner le larynx, pl. xxx, on voit que le cartilage thyroïde était affecté surtout, dans ses parties latérales ou postérieure, de carie avec nécrose qui avaient déterminé la séparation presque complète de deux séquestres, qui menaçaient de tomber bientôt dans la trachée. Dans ces cas d'altération du thyroïde, Türck prétend que la région laryngée prend une forme cylindrique, peut-être est-ce là une opinion exagérée ? Nous avons trouvé ce caractère, indiqué dans une observation de Pitha (2), où il n'y avait pas trace de nécrose du thyroïde.

Nous venons de signaler de nombreuses lésions consécutives à des ulcères. Mais ces ulcères eux-mêmes, quel est leur point de départ ? Personne, à notre connaissance, n'a pu l'indiquer, pièces en

(1) Gibb. The Lancet; 1861, p. 10.

(2) Pitha in Prager Vierteljahrsschrift; 1857.

maines. Nous serions assez disposé à admettre que ce soit d'abord des ulcères folliculaires, semblables à ceux observés dans la laryngite simple : leur extension serait due à leur nature syphilitique. Notre opinion s'affirmerait davantage, n'étaient deux ou trois observations de très-petits ulcères localisés à la corde vocale inférieure, où, on le sait, ne se trouvent pas de glandules. L'origine des ulcères se comprend mieux dans les cas très-rares, où ils succèdent à des gommes ramollies. La péri-chondrite, la carie et nécrose s'expliquent alors comme dans le fait de M. Bouisson, rappelé par M. Lancereaux (1), où il s'agissait d'une péri-chondrite des cartilages costaux chez un homme, porteur d'une gomme ulcérée dans le muscle grand-pectoral.

En même temps que la laryngite ulcéreuse, on peut rencontrer des altérations analogues des fosses nasales et du pharynx. Lebert (2) a même prétendu que les ulcères du larynx sont, en thèse générale, la propagation d'ulcères pharyngiens. Mais, avec plus de raison, Virchow (3) a déclaré que, lorsque la syphilis dépasse le pharynx, elle attaque plutôt la base de la langue que le larynx proprement dit. Les lésions de la trachée : ulcères, carie, nécrose, suivent plus fréquemment celles du larynx. Haw-

(1) Lancereaux. Loc. cit.

(2) Lebert. Loc. cit.

(3) Virchow. Loc. cit.

kins (1), et surtout M. Barth (2), dans un excellent mémoire, avaient dit que les lésions de la trachée allaient de bas en haut chez les tuberculeux, et de haut en bas chez les syphilitiques. La vérité de cette remarque a frappé depuis de nombreux observateurs.

Jusqu'à présent, nous avons parlé de l'ulcère arrivé à sa période d'état, dans son activité destructive; examinons maintenant les lésions que l'on constate chez les sujets dont les ulcères anciens ont guéri. L'épiglotte a été trouvée déviée à droite ou à gauche selon le siège de l'ulcère, quelquefois au point que la partie moyenne correspondait au cartilage de Wrisberg. Nous verrons si ces déviations avaient été accompagnées de désordres pendant la vie. Des cicatrices fibreuses, entraînant par leur rétraction l'un des cartilages aryténoïdes ou réunissant les deux cordes vocales d'un même côté, ont été signalées (Cruveilhier) (3), ainsi qu'une adhérence membraneuse établie entre les deux cordes vocales inférieures à leur sommet (Türk) (4). Un fait plus grave a été observé, c'est l'hypertrophie considérable du tissu cicatriciel, amenant un rétrécissement de la glotte et ayant exigé la trachéotomie.

(1) Hawkins. Loc. cit.

(2) Barth. Mémoire. Arch. gén. méd.; 1839, t. V, p. 137 et suiv.

(3) Cruveilhier. Loc. cit., p. 30.

(4) Türk. Loc. cit.

A propos d'hypertrophie, nous devons signaler ici la fréquence, d'après certains auteurs (Türk, entre autres), de végétations syphilitiques là où, pendant la vie, on avait vu des ulcères.

Quant à la production des rétrécissements du larynx, elle est aisée à comprendre. Il se passe au larynx ce qu'on voit, ailleurs, dans la cicatrisation des ulcères profonds. Les parties voisines fournissent à la cicatrice, mais cela ne peut s'obtenir sans des tiraillements, source de désordres nouveaux et permanents qui ont pu aboutir à la mort.

En résumé : hyperémie intense, sans vaisseaux bien apparents, diffuse, rarement suivie d'exsudation séreuse, mais bien de néoformations qui peuvent produire une hypertrophie généralisée de la muqueuse, d'autres fois déterminer l'apparition de végétations papillaires. Voilà les lésions observées dans la laryngite non ulcéreuse.

Au contraire, des ulcérations peu nombreuses, à bords végétants, vastes, à fond lardacé, induré, pouvant détruire les couches sous-jacentes, détacher les muscles et provoquer la chondrite, la carie, la nécrose des cartilages.

Telles sont les altérations de la laryngite ulcéreuse dont la guérison dorne lieu à des cicatrices rétractiles, pouvant modifier beaucoup la forme du larynx et, à un moment, par suite d'un œdème d'une simple hyperémie, capables de créer un tel

obstacle à l'entrée de l'air que la trachéotomie était restée la dernière ressource.

SYMPTÔMES ET MARCHE.

La distinction que nous avons établie, dans l'anatomie pathologique, nous la maintiendrons dans l'étude des symptômes et nous espérons également la justifier. Si on peut citer, en effet, des troubles fonctionnels communs aux deux formes de laryngite, on ne peut nier qu'il en est, et des plus graves, qui appartient en propre à la laryngite ulcéreuse. Du reste, la différence capitale des signes physiques nous autoriserait seule à traiter séparément les deux formes que nous avons admises. Les symptômes de la laryngite non ulcéreuse sont de deux ordres :

Fonctionnels et physiques.

1° *Symptômes fonctionnels.* — Leur début est quelquefois brusque, et on peut en citer la date qui coïncide, alors, avec ces écarts de régime, le refroidissement et autres causes que nous avons signalées. D'ordinaire, la syphilis élit domicile dans le larynx sans appareil, et le malade ne se plaint que lorsque les symptômes aggravés ont forcé son attention. Parmi ces troubles, ceux de la voix paraissent les premiers, et parfois, au point de vue fonctionnel, ils constitueront à eux seuls toute l'affection.

Dire comme presque tous les auteurs que la voix est rauque, et que l'altération peut aller jusqu'à l'aphonie, ce n'est pas suffisant. Pour nous, le Timbre n'est pas seul altéré et nous examinerons les troubles que nous avons observés, portant sur le *Timbre*, le *Diapason*, la *Souplesse*, l'*Intensité*, c'est-à-dire sur tous les caractères de la voix.

L'altération du Timbre est celle qui frappe le plus et le malade et le médecin : nous verrons que d'autres modifications de la voix peuvent seules être indiquées par le malade. La voix perd son timbre pur, dû à des vibrations, partout uniformes et isochrones et prend, d'abord, un caractère cotonneux, voilé. Bientôt, c'est une altération plus grave ; la voix, plus sourde, acquiert une raucité légère. L'affection peut en rester là, et ces symptômes n'apparaître, par exemple, qu'après une fatigue vocale ; mais, plus souvent, la raucité s'accuse davantage avec les progrès de la laryngite, et le timbre rauque, après avoir paru par intervalles et dans certains tons peu élevés, devient permanent. Ce caractère de raucité, les auteurs ne le précisent pas, probablement parce qu'ils n'ont pu trouver une bonne comparaison. Virchow qui insiste sur la séparation nette qu'il faut établir, entre le *raucedo syphilitica*, résultat d'un simple catarrhe laryngé chronique de celle produite par la laryngite vraiment ulcéreuse, ne nous apprend pas sur quoi il se base pour la différencier. Alors qu'il n'y a en cause que la syphilis,

la raucité de la voix nous a paru constamment monotone, sans les éclats, les bruits de râclément que produit la laryngite des sujets qui font abus d'alcool, qui fument et chantent sans mesure. Toutes ces altérations du timbre, appréciables dans la conversation, sont manifestement exagérées dans le chant.

Le timbre n'est pas seul altéré, le Diapason, en effet, n'est plus le même. La voix n'atteint plus les limites habituelles. Des chanteurs de profession se plaignent d'avoir perdu une, deux notes, quelquefois plus. Chez d'autres, la voix devient grave ; c'est ce que nous avons observé chez des ténors qui avaient acquis une voix impure de baryton, de basse chantante. Signalons un résultat contraire que nous expliquerons plus tard, par suite des modifications de la glotte dans l'émission du son. Tel qui chantait comme basse, comme baryton avant sa maladie, ne peut plus donner que des notes élevées. Quand il s'efforce de produire une note basse, il fait entendre un bruit, mais pas un son musical. Touchant les changements dans le diapason, ajoutons l'altération bitonale, signalée par M. Jaccoud, qui fait que la voix passe brusquement d'une tonalité à une autre et cela pendant que le malade s'efforce de soutenir le même ton.

Une autre altération qu'on peut retrouver, c'est la perte de la *souplesse*, de l'agilité de la voix qui paraît la première. La première à paraître, elle est

aussi la dernière à revenir à l'état normal et, lorsque la laryngite s'est trop prolongée, nous verrons que la perte de cette précieuse qualité de la voix est irréparable.

Nous devons rechercher maintenant si la voix est changée quant à son *intensité*. Cette qualité du son tient à l'énergie avec laquelle le mouvement sonore frappe notre oreille et du nombre de molécules mises en mouvement (Ed. Fournié). De toutes les altérations de la voix, celles de l'intensité sont les plus variées. Au début, c'est une dysphonie légère, qui force le malade à un effort expirateur plus grand qu'à l'état normal pour se faire entendre à une distance déterminée. A mesure que la laryngite s'aggrave, l'intensité de la voix décroît proportionnellement et, c'est aux efforts produits en vue de parer à la diminution d'intensité que correspondent ces bruits divers, dont quelques-uns, dit Trousseau, rappellent les *couags* des instruments de cuivre.

Qu'il survienne une hyperémie très-intense, on aura une aphonie passagère dans le vrai sens du mot. Que cette hyperémie soit suivie d'une hypertrophie notable des cordes vocales, on n'aura pas une aphonie complète, mais le malade ne pourra plus se faire entendre qu'à des distances très-rapprochées, encore au prix de grands efforts qui, s'ils étaient continués pendant quelque temps, aboutiraient au résultat observé chez ceux qui, atteints

d'une laryngite légère, ont chanté en plein air et, les libations copieuses et le tabac aidant, en arrivent à une dysphonie extrême.

Notre description s'éloigne considérablement de celle de M. Dance qui dans sa thèse (1864) prétend que les altérations (roséole, plaques muqueuses, papules) n'atteignent pas en général le ton, mais bien le timbre de la voix, c'est-à-dire, ajoute cet auteur, que la voix n'est ni plus étendue, ni plus élevée, ni plus abaissée mais enrouée, rauque. C'est en un mot, « la voix syphilitique. »

La marche que nous avons tracée dans la succession des troubles vocaux est la plus ordinaire. Plusieurs mois s'écoulent, souvent, entre le début de la laryngite et l'apparition de l'aphonie. Notons que les intermittences sont de règle, et les cas où l'aphonie persiste, toujours au même degré, l'exception. Ceci nous amène à examiner les variations dans les troubles de la voix et les causes qui les provoquent. En général, le matin après quelques rares expirations brusques pour détacher des mucosités laryngiennes, la voix est plus nette. Si le sujet atteint de laryngite syphilitique, cesse de fumer après une longue habitude, s'il observe les soins hygiéniques, les divers points du traitement qui lui ont été tracés, une amélioration rapide est obtenue. Qu'après avoir persévéré quelques temps, il revienne à d'anciennes habitudes anti-hygiéniques, à partir de ce moment le bénéfice de l'amélioration est perdu tout à fait et

la guérison complète deviendra très-difficile, sinon impossible.

On trouve dans Trousseau et Belloc une remarque générale, plusieurs fois reproduite et, dans leur savant article du *Dictionnaire des sciences médicales*, M. Krishaber et M. Peter ont confirmé son importance. Cette remarque est la suivante : les troubles de la voix seraient moindres quand les malades passent d'un endroit chaud dans un endroit plus froid, et réciproquement. Nous n'hésitons pas à la déclarer inexacte en ce qui concerne les syphilitiques ; car nous avons noté plusieurs fois le contraire. Comment du reste concilier ce fait avec l'amélioration générale des laryngites pendant l'été ? L'époque des menstrues, les excès de coït ont, paraît-il, chez quelques sujets une influence grande sur l'augmentation des troubles de la voix. Récemment, un de nos malades qui s'observe avec un soin scrupuleux, nous a spontanément déclaré qu'il avait plusieurs fois noté ce dernier fait, dont on ne sera nullement surpris, si on songe aux sympathies qui existent, à l'état normal, entre les organes génitaux et le larynx.

L'importance que l'on a accordée à l'aphonie dite secondaire par M. Diday (1), nous oblige à en dire quelques mots. A dessein, nous empruntons à M. Diday de nombreuses expressions. Cette aphonie, cet auteur la rapporte à la période secondaire de la

(1) Diday. Gazette méd. de Lyon ; 1860. Aphonie secondaire.

syphilis et la désigne ainsi, pour la distinguer de l'enrouement plus ou moins complet de certains sujets parvenus aux derniers degrés d'une syphilis invétérée. Son apparition se ferait entre le 3^e et le 6^e mois. MM. Gerhardt et Roth (1) croient être plus près de la vérité en la rapportant de la 1^{re} à la 10^e semaine ; aussi l'appellent-ils aphonie primaire.

Pour M. Diday, elle consiste dans une altération de sonorité. Le malade ne peut plus faire entendre le même volume de son qu'à l'ordinaire. Cette altération augmente rapidement. En quelques jours, lorsqu'il veut forcer la voix, il ne parvient à produire qu'un souffle à peine perceptible pour l'oreille. Les autres fonctions connexes de l'appareil vocal demeurent intactes. La prononciation, dit M. Diday est claire et distincte.

Comme explication, après avoir rejeté l'existence de plaques muqueuses ou de toute autre lésion matérielle qui, d'après lui, se traduiraient par une douleur ou malaise quelconque, il admet une paralysie portant sur les muscles dont la contraction donne aux bords de la glotte leur propriété contractile. N'oublions pas la promptitude extrême de la guérison, qui jamais ne s'est fait attendre plus de huit jours. Les auteurs qui ont repoussé l'explication de M. Diday ont admis néanmoins le fait et le nom d'aphonie secondaire. Nous ne nierons pas le fait puisque M. Diday l'affirme, mais nous en con-

(1) Gerhardt et Roth. Virchow's. Arch.; 1861.

testerons la valeur. Dans aucune des observations nous n'avons vu qu'il avait été fait usage du laryngoscope ; ce que l'on devine du reste, par la lecture du chapitre : explication de l'aphonie.

MM. Gerhardt et Roth ont admis l'aphonie primaire, M. Diday l'aphonie secondaire. Il ne reste plus à créer que l'aphonie tertiaire. Pour nous qui n'admettons pas de rapport entre les lésions cutanées et celles du larynx, nous repoussons les dénominations de primaire et secondaire, parce qu'elles nous paraissent répondre à des hypothèses et non à des faits.

Respiration. — Cette fonction n'est pas en général, gravement troublée dans la laryngite non ulcéreuse. D'ordinaire, l'inspiration n'est pas bruyante et l'expiration facile. Ce n'est que dans le cas d'induration : des cordes vocales inférieures qu'on note une respiration avec bruit. A l'auscultation du larynx, et surtout lorsqu'on engage le malade à faire une inspiration forcée, on perçoit un bruit de frottement qui, selon l'état du larynx, acquiert plus ou moins de rudesse. Lorsque des végétations, aux bords des cordes vocales ou à la commissure postérieure, rétrécissent l'ouverture glottique, la respiration devient progressivement gênée et si des efforts violents, une marche, une course forcée ou autre cause déterminent une hyperémie plus grande, on peut voir apparaître une dyspnée grave, une véritable

asphyxie par respiration insuffisante. Avec ces troubles, coexiste une aphonie plus ou moins complète. Les troubles de la respiration sont encore extrêmes, dans le cas d'œdème de la glotte venant compliquer la laryngite. C'est là un accident rare dans la forme que nous étudions, nous verrons que l'œdème est plus à redouter dans la laryngite ulcéreuse. C'est aussi dans cette dernière forme que nous aurons à étudier les troubles plus fréquents de la respiration, survenant soit à la période d'état, soit alors que la cicatrisation des ulcères faisait espérer une guérison définitive.

Toux. — Nous aurons peu à en parler. Le matin le sujet éprouve le besoin de débarrasser son larynx ; il tousse un peu à ce moment, et c'est tout. Quelquefois une petite quinte de toux est précédée d'une sensation de vif picotement à l'intérieur du larynx. Ceux de nos malades qui ont présenté cette particularité avaient dans la journée parlé ou chanté en plein air, et cela avec excès. A part ces cas, on peut dire que la toux est un phénomène rare et, lorsqu'un sujet atteint de laryngite syphilitique non ulcéreuse tousse fréquemment, on doit rapporter ce symptôme à une complication qui, le plus souvent, sera une laryngite catarrhale aiguë ou une affection ayant son siège dans les bronches ou les poumons.

Expectoration. — Dans cette laryngite, l'expectoration, nulle au début, consiste plus tard dans de

petits crachats visqueux, transparents, rejetés sur-tout le matin. Dans la journée, alors que la voix devient parfois plus voilée, il suffit pour lui donner un timbre plus pur, de faire tousser le malade, ce qui amène hors la bouche des mucosités perlées. Dans la laryngite tuberculeuse, au contraire, la glotte est presque toujours obstruée de mucosités purulentes.

MM. Gerhardt et Roth ont bien signalé des crachats hémoptoïques dont le sang serait fourni par les plaques muqueuses. C'est là une explication que nous ne pouvons admettre. Ces auteurs ont vu des crachats sanguinolents, la 6^e observation en fait foi : leur malade, ajoutent-ils, n'avait pas de tubercules. Mais, nous y trouvons notés de la matité à la fosse sus-épineuse et, pendant un an, des crachats sanguinolents. C'est assez dire à quoi il faut rapporter l'origine du sang rejeté.

Déglutition. — Outre les cas d'ulcères que nous retrouverons, nous ne connaissons aucune observation où la gêne de la déglutition ait été notée.

Douleur. — Comme dans tout autre organe, la sensibilité du larynx peut être exaltée ou diminuée. L'augmentation de la sensibilité s'accuse spontanément ou après provocation. Certains auteurs ont remarqué tantôt un châtouillement, tantôt un véritable picotement; mais, en général, la laryngite s'accompagne dans cette forme de très-peu de dou-

leur ; ce qui n'est pas un mince sujet d'étonnement pour les malades, eux qui ne séparent pas volontiers l'idée de maladie de celle de douleur. Quand on déplace le larynx de bas en haut ou mieux latéralement, le malade n'accuse aucune gêne et la main ne perçoit pas de craquements.

Voilà pour les signes fonctionnels, voyons maintenant quels sont les signes physiques de la laryngite non ulcéreuse. Notons en passant que la région laryngée ne présente rien de remarquable et arrivons aux signes fournis par le laryngoscope. Nous exposerons d'abord le résultat de ceux qui ont écrit avant nous sur ce sujet et le discuterons, chemin faisant, puis nous donnerons la description de l'ensemble des cas que nous avons observés. Lorsqu'on examine (Dance) (1) un sujet atteint de roséole cutanée qui présente la voix syphilitique on trouve (résultat de 13 observations prises au Midi) :

Epiglottle. — Saine quelquefois, rouge, tomenteuse à sa face postérieure.

Eminences aryténoïdes. — Saines quelquefois ; rouges, gonflées.

Cordes vocales supérieures. — Rosées, rouge pâle ou vif, quelquefois avec gonflement, au point de cacher les cordes voc. inf. ou présentant rougeur par plaques très-distinctes.

(1) Dance, loc. cit.

Cordes vocales inférieures. — Saines, roses, rouges ou tachetées de rouge et rose. C'est là, la roséole laryngée qui paraît à l'époque de la roséole de la peau, et qui est l'extension de l'exanthème de l'isthme du gosier. M. Dance cite deux cas où il a trouvé la roséole laryngée avant toute autre manifestation. En général, ajoute Dance, après quinze jours, trois semaines, un mois, il est fréquent de voir disparaître l'éruption laryngée, constituée par une rougeur diffuse, en plaques ou sous forme d'arborisations, et avec elle, les légers troubles, la raucité peu marquée de la voix.

M. Dance ne parle point des habitudes de ses malades, fumeurs, etc. A une période plus avancée, le larynx comme la peau présente une éruption papuleuse. Au début de cette période, cet auteur a vu des plaques papuleuses se modifier peu à peu, prendre à leur surface l'aspect grisâtre, limitées en dehors par une ligne rouge et s'exulcérer, de manière à revêtir l'aspect de vraies plaques muqueuses. Cette éruption, ajoute M. Dance, semble avoir débuté, comme dans la roséole, par le voile du palais, l'isthme du gosier et envahissant le larynx sans suivre le pharynx.

Siège de ces plaques muqueuses, noté dans cinq observations; 4 fois à la partie interne des cartilages aryénoïdes (obs. 17, 19, 26, 28), une fois au sommet de ces cartilages.

C'est dans cette forme papuleuse, que le gonfle-

ment sus-glottique a été souvent observé. Période plus rebelle que la précédente, elle peut revenir à divers intervalles, absolument comme les éruptions syphilitiques de la peau, et cela, pendant trois, six, dix mois et plus.

A une troisième période, papulo-tuberculeuse, au début des accidents tertiaires, on a rencontré un gonflement considérable des parties supérieures du larynx (obs. 30 et 31). Outre la rougeur et le gonflement, il y avait (obs. 31 et 32), sur la corde vocale inférieure, une saillie papulo-tuberculeuse du volume d'un grain de chènevis, et comme conséquence, ajoute M. Dance, un trop grand écartement de ces organes au moment de l'émission de la voix.

Enfin nous voyons figurer la période gommeuse, mais l'auteur ne la décrit point.

Ainsi, rien ne manque au tableau : roséole, plaques muqueuses, papules, tubercules, gommages ; le larynx reproduit fidèlement, et dans un ordre parfait, ce qui se passe sur la peau.

Depuis 1864, cette description est uniformément adoptée. Aucune critique ne s'est élevée.

Nous rapprocherons de la description de M. Dance celle, donnée en 1862, par Türck, (1) à propos de la laryngite catarrhale. On y trouve mentionnées une injection et une tuméfaction plus ou moins pronon-

(1) Türck, loc. cit., p. 4 et 5.

cées de la muqueuse de l'épiglotte, des cartilages de Santorini, des aryténoïdes, des cordes vocales supérieures. Les cordes vocales inférieures présentent une injection générale ou partielle. Entre une teinte rosée pâle et la rougeur la plus saturée, on observe toutes les nuances intermédiaires. On constate parfois un gonflement manifeste qui affecte tantôt la forme d'un liséré rougeâtre faisant saillie à la face interne des cordes vocales, tantôt celle d'une petite tumeur circonscrite et arrondie. Dans quelques cas observés aussi par Türck, les cordes vocales ou d'autres parties circonscrites de la muqueuse laryngée avaient l'aspect que leur donnerait le contact d'une solution légère de nitrate d'argent. L'épithélium paraissait être mortifié.

On nous accordera que l'injection générale ou partielle de Türck, le gonflement de la muqueuse, sous forme de petite tumeur arrondie, rappellent assez bien la roséole et l'éruption papuleuse de M. Dance. L'analogie est encore plus frappante, quand Türck décrit l'aspect opalin de la muqueuse, qui paraît touchée par une solution légère de nitrate d'argent : aspect que revêtent les plaques muqueuses, et cependant, il ne s'agit ici que de lésions produites par une laryngite catarrhale.

Czermak, dans ses observations pathologiques, parle d'injection de la muqueuse, sans indication autre. Dans sa 3^{me} observation, page 79, Czermak a

noté 2 plaques muqueuses de l'épiglotte; mais nous verrons, dans la laryngite ulcéreuse, qu'il y a eu erreur de sa part, et qu'il a eu affaire à de véritables ulcères d'une syphilis héréditaire.

Il nous reste maintenant à résumer ce qu'ont écrit MM. Gerhardt et Roth, nous servant de la traduction littérale que nous devons à l'obligeante amitié du Dr Weber, de Mulhouse.

Ces deux auteurs dont l'un s'occupe de syphilis, l'autre de laryngoscopie, se prêtant un mutuel concours, ont recueilli 54 observations de syphilis secondaire : 36 femmes et 18 hommes; 43 sujets présentaient les formes précoces du larynx : érythème; chez 8 autres, la cause de l'enrouement était : des plaques muqueuses. Il en existait aussi à ce moment aux parties génitales.

Dans la première de ces observations, on voit l'épiglotte et replis aryténo-épiglottiques injectés légèrement, les cordes vocales rouges par places, la droite, environ vers le milieu, présente une saillie papillaire, et, en regardant bien, une zone blanchâtre, inégale, avec de nombreuses petites saillies qui s'étendaient depuis là, jusqu'à la commissure antérieure et à la partie antérieure de la corde vocale gauche. Sur la paroi postérieure du larynx, entre les cordes vocales, une saillie blanchâtre, inégale, plate, d'environ une ligne de diamètre.

Dans la 2^{me} observation, c'est aussi entre les

cordes vocales saines, un gonflement large, de quelques lignes de diamètre, d'aspect velouté, rouge comme la muqueuse.

Dans les 3^e et 4^e observations, ils ont noté à l'extrémité des cordes vocales de petites dentelures, tantôt blanchâtres, tantôt rouges, dépassant le bord de la corde vocale.

6^e obs. Outre une tumeur pâle, de la grosseur d'une lentille, on trouve signalés des crachats hémoptoïques; nous avons dit, à propos de l'expectoration, ce qu'il fallait penser de ces crachats.

7^e obs. Gonflement pâle entre les éminences aryténoïdes, de la grosseur d'une tête d'épingle; au ligament ary-épiglottique gauche, petite élévation de la forme d'une lentille, d'un blanc trouble. Sur les deux cordes vocales, petites dentelures blanches, pointues, développées surtout sur le milieu de la corde vocale gauche.

8^e obs. Un peu en arrière du milieu des cordes vocales, saillies plates rougeâtres, dépassant le niveau du bord libre, placées vis-à-vis l'une de l'autre, et paraissant, quand la glotte s'ouvre, agglutinées par du mucus.

Ces auteurs disent ces plaques syphilitiques, parce que, prétendent-ils, on ne les trouve pas chez des sujets atteints d'autres affections du larynx : de plus, à cause surtout de leur analogie frappante au premier aspect avec les plaques muqueuses en général, et à cause de l'épaississement et boursou-

flement de l'épithélium, comme dans les plaques muqueuses de la bouche, du voile du palais, du pharynx, etc. En outre, elles s'observent à la période de la syphilis, dite des plaques muqueuses. Tous leurs malades, à l'exception d'un seul, en présentaient à la bouche et au pharynx. MM. Gerhardt et Roth ajoutent que l'enrouement est toujours lié à une altération des cordes vocales. Une fois, l'enrouement manquait, les cordes vocales étaient intactes. Une autre fois, cependant, il y avait des plaques muqueuses à la commissure postérieure, et, bien que les cordes vocales fussent intactes, l'enrouement existait.

Ainsi, 8 fois seulement, ces auteurs ont trouvé des plaques muqueuses; encore ne faut-il pas se montrer trop sévère à l'égard des saillies plates dépassant le bord libre des cordes vocales, et qui, pour eux, sont de vraies plaques muqueuses. (3^e 4^e, 8^e obs.)

Rapprochant les 5 observations de Dance, et dans l'une, les plaques muqueuses étaient peu visibles, nous arrivons au chiffre de 13 observations de plaques muqueuses du larynx. Ce chiffre nous paraît insuffisant pour autoriser ces auteurs et leurs partisans à admettre, comme M. Rollet (1), que «les plaques muqueuses ne sont pas rares dans le larynx.» A Saint-Antoine, à Saint-Louis, au Midi, à Loureine, nous avons examiné un grand nombre

(1) Rollet, loc. cit., p. 692.

de syphilitiques, près de cent, et n'avons pu trouver qu'un seul cas où, à la face interne des éminences aryténoïdes, nous avons bien cru voir une plaque muqueuse.

On nous objectera que notre expérience est insuffisante, peut-être, que nous n'avons pas su voir. Ce reproche ne saurait nous atteindre, sans toucher du même coup des observateurs, tels que MM. Isambert, A. Fournier, S. Duplay, à qui il ne manque ni l'habileté ni l'occasion d'observer, et cependant nous pouvons affirmer qu'ils ont très-rarement noté l'existence de plaques muqueuses bien définies.

Voici le résultat de nos examens laryngoscopiques que nous avons faits, soit à l'aide d'une lampe ordinaire, de la lumière solaire, soit quelquefois, avec de l'oxygène.

Au début de la laryngite, alors qu'il n'y a qu'un enrouement léger, on trouve à l'épiglotte : que le bord libre a perdu sa minceur ; il est arrondi, et de blanchâtre, il est devenu d'une couleur rouge foncé. CETTE COULEUR est surtout marquée à la face inférieure ou postérieure de l'épiglotte, qui paraît tomenteuse, et que recouvre souvent une très-légère couche de mucosités transparentes.

Le bourrelet de l'épiglotte, à cette période, est peu saillant, nullement œdémateux. Les éminences aryténoïdes ont perdu un peu de leur forme ; la muqueuse épaissie, d'une couleur rouge sombre, rend leursommet arrondi ; le cartilage de Santorini

ne fait plus le relief habituel ; les éminences ont perdu de leur mobilité. La commissure postérieure participe moins à la couleur générale, et là, chez la plupart des sujets, on trouve un aspect velouté de la muqueuse qui, plus accusé, donnera lieu, plus tard, à de véritables végétations. Les cordes vocales supérieures, plus volumineuses, rendent moindre la saillie des éminences aryténoïdes. La rougeur nous a paru être diffuse également à la partie supérieure. Seul, le bord interne de ces cordes, tout à fait au début, est inégalement coloré. On sait que, normalement, il est rosé à l'insertion voisine des éminences aryténoïdes. D'ordinaire, le bord interne arrondi recouvre une partie des cordes vocales inférieures. Celles-ci, habituellement minces, blanchâtres, présentent non pas une rougeur par plaques, ni par points, mais une rougeur diffuse, pâle au début, et bientôt plus foncée.

Toujours, la partie antérieure des cordes vocales inférieures et leur base présentent une injection plus vive. A ce degré, la muqueuse paraît moins lisse, et toujours nous l'avons trouvée moins humectée. Et, alors que l'hyperémie était très-faible, peut-être l'enrouement pouvait-il s'expliquer en partie par cet état de la muqueuse, moins humide qu'à l'état normal ? Ainsi, voit-on survenir de la dysphonie dans une atmosphère où voltige une grande quantité de poussière. (Ed. Fournié.)

(1) Physiologie de la voix et de la parole ; 1866.

C'est à cette période que nous aurions dû remarquer ce piqueté, cette rougeur par plaques, ces fines arborisations qui caractérisent, dit-on, la roséole laryngée. Mais nous n'avons pas trouvé ces caractères d'une manière assez constante pour que nous puissions l'admettre. Bien mieux, on pourrait mettre au défi de diagnostiquer cette roséole, sans tenir compte des antécédents; tandis qu'on le fait journellement pour la roséole cutanée.

Cette période est voisine et, parfois contemporaine de celle des plaques muqueuses. Nous ne pouvons nous prononcer d'une manière catégorique, en face des affirmations de M. Dance; mais ce que nous pouvons contester, c'est la fréquence de ces plaques. Outre le résultat négatif de nos recherches sur ce point, ne peut-on pas tirer un nouvel argument de l'innocuité, de la guérison rapide de ces plaques, alors qu'il est notoire qu'elles persistent longtemps à la bouche, à l'isthme du gosier chez les fumeurs principalement, et cela, malgré le traitement général et local? Si la proposition de M. Rollet était vraie, le nombre de cas de dysphonie, d'enrouement chronique; serait bien plus considérable. Or, les observations de syphilis se comptent par centaines, celles de laryngites syphilitiques sont, heureusement, en nombre assez restreint.

Chez quelques sujets, porteurs de chancres infectants depuis un ou deux mois, nous avons vu, à la

base des cordes inférieures, la muqueuse épaissie, former une très-légère saillie ovalaire, de couleur rosée ou rouge plus foncé; probablement, certains eussent pris cette saillie pour une papule, mais cet épaississement s'observe dans la laryngite chronique simple.

A une période plus avancée, la couleur reste la même, sans vascularisation appréciable; mais la muqueuse s'épaissit davantage. Alors on trouve l'épiglotte et ses replis épaissis, d'une couleur lie de vin; le bourrelet plus saillant, mais point cédémateux; les éminences aryténoïdes plus grosses, uniformément arrondies; la commissure moins profonde, comblée par l'épaississement en masse de la muqueuse. Les cordes vocales supérieures, couleur rouge-brique, épaissies, comblent le ventricule du larynx en grande partie; leur bord cache davantage les cordes vocales inférieures. Ces dernières ont leur volume double, triple; le bord n'est plus mince; il offre des inégalités en véritable dentelure, que MM. Gerhardt et Roth décrivent, nous semble-t-il, comme saillies plates, et dénomment : plaques muqueuses. Celles de la base des cordes touchent aux saillies fréquentes de la commissure et contribuent à rétrécir la glotte.

Fait-on chanter le sujet, on remarque une mobilité moindre des ligaments, et la voix présente un timbre rauque. Souvent des mucosités perlées, adhérentes aux cordes vocales inférieures, vibrent

en même temps et contribuent à rendre les sons plus discordants.

Lorsque la laryngite non ulcéreuse est très-ancienne, qu'elle coïncide avec l'impetigo, le rupia, le lupus syphilitiques, l'épaississement atteint son plus haut degré. L'hyperémie se retrouve, encore là, avec le caractère de couleur rouge sombre, diffuse, sans vascularisation apparente. La commissure postérieure est très-souvent le siège d'une saillie médiane, sorte d'éperon, qui va à la rencontre des cordes vocales inférieures. Ces cordes ne se distinguent plus des supérieures que par leur siège et leur forme. Leur face est mamelonnée, leur bord dentelé inégalement, et, très-souvent, l'hypertrophie plus accusée d'un côté que de l'autre ; on croit voir la corde plus volumineuse, passer au-dessus de l'autre. En réalité, les deux cordes vocales sont bien en regard l'une de l'autre, mais la saillie de l'une simule un chevauchement.

Nous avons, dans les symptômes fonctionnels, signalé le fait d'individus dont la voix était changée. En voici, croyons-nous, l'explication. L'épaississement, la largeur augmentée des cordes vocales inférieures, rendent facilement compte de la tonalité abaissée de la voix du ténor. Mais par quel mécanisme une voix de baryton, de basse, devient-elle très-aiguë, même dans la conversation ? Ce fait, que nous avons observé avec soin, nous le croyons produit par l'état anatomique des cordes vocales

inférieures. Celles-ci, au lieu d'être épaissies uniformément, peuvent acquérir à la base une largeur presque double de celle du sommet, et alors on voit, quand le sujet veut donner un son, que les cordes vocales se touchent par leur moitié postérieure, ne laissant de glotte libre que dans la moitié antérieure; c'est-à-dire, que la glotte, dans ce cas, prend la forme normale des sons aigus. Un des sujets qui présentaient cette disposition a été examiné par nous, deux fois par semaine, depuis le mois de janvier jusqu'au 10 avril. Au mois de janvier il avait presque la voix d'un castrat. Aujourd'hui les cordes vocales ne se touchent plus, et il peut donner une partie des notes de son registre d'autrefois. Sa voix, dans la conversation, a repris un caractère de gravité que le malade nous dit lui être habituel.

Le désir de mettre sous les yeux du lecteur un résumé des opinions accréditées, différentes des nôtres, nous a entraîné dans un exposé fort long. Nous devons nous résumer à notre tour et dire : Dans la laryngite non ulcéreuse, au point de vue de la phonation, le timbre n'est pas seul modifié, mais aussi le diapason, la souplesse, l'intensité.

Les modifications de la voix peuvent être très-grandes, tant dans le registre élevé que dans celui d'en bas.

Les intermittences sont la règle, et la continuité des troubles graves, l'exception.

La respiration n'est qu'accidentellement altérée, compromise dans la complication, très-rare, d'œdème, d'hyperémie extrême.

La déglutition est rarement gênée.

La douleur spontanée, aussi rare, qu'après des mouvements imprimés au larynx.

Au point de vue des signes physiques :

Nous ne croyons pas que la roséole laryngée ait des caractères distincts, pouvant servir à la diagnostiquer.

Les plaques muqueuses qu'on dit n'être pas rares, le sont, au contraire, beaucoup.

Les papules, les tubercules sont encore beaucoup moins fréquents.

Ce qu'on trouve, c'est de l'hyperémie sans exsudat séreux (le propre de la tuberculose rapidement ulcéreuse), hyperémie caractérisée par une rougeur sombre, diffuse, sans vaisseaux apparents, bientôt suivie d'hypertrophie générale des cordes vocales supérieures et inférieures, dont le bord devient inégal, dentelé. L'hypertrophie partielle entraîne la formation de végétations, en général peu volumineuses, qui peuvent cependant se développer au point de boucher la glotte et d'entraîner la mort.

Grâce à notre excellent collègue Clermont, nous avons pu compiler 62 observations de syphilis secondaire, prises à Lourcine, sous la direction de M. A. Fournier. Sur ces 62 malades, 35 ont été exa-

minées par nous. 5 présentait surtout une légère altération du timbre de la voix ; 1 avait sa voix très-abaisée. Une hyperémie peu intense, avec hypertrophie des cordes vocales supérieures et des éminences arythénoïdes, telle était la lésion. Pas de plaques muqueuses ni d'éruption papuleuse.

Je prie mon collègue et ami Clermont de recevoir de nouveau ici mes vifs remerciements pour le concours obligeant qu'il m'a prêté dans ces recherches.

SYMPTÔMES DE LA LARYNGITE ULCÉREUSE.

Comme dans la forme précédente, et dans le même ordre, nous étudierons les modifications de la voix, de la respiration avec la toux et l'expectoration, de la déglutition et de la sensibilité ; puis nous exposerons les signes fournis par le laryngoscope, et nous dirons, en terminant, quelques mots de l'état général.

Les modifications de la voix sont les mêmes ; le degré seul est différent. Ce que nous avons dit de la laryngite non ulcéreuse s'applique donc à celle-ci, Ajoutons que certains auteurs signalent un caractère plus raboteux, strident de la voix, qui serait lié à la présence d'ulcérations. Nous n'avons pu vérifier l'exactitude de cette assertion. Ces troubles de la phonation, qui peuvent être passagers dans la première forme, sont permanents dans la plupart

des cas de laryngite avec ulcères. L'aphonie incurable que nous avons dit être si rare quand il n'y a pas d'ulcères, est un fait signalé dans toutes les observations de laryngite ulcéreuse grave. Nous trouverons, de ce fait, une explication rationnelle, dans les signes physiques.

Respiration.— La respiration avec la toux et l'expectoration qui l'accompagnent présentent, ici, des caractères bien autres que ceux que nous avons trouvés dans la laryngite non ulcéreuse. C'est d'abord une simple gêne, comme dans le cas d'hyperémie un peu forte; mais, avec les progrès de l'ulcération, l'inspiration devient légèrement sifflante, surtout, quand le malade est obligé de respirer vite et largement. A l'auscultation directe, souvent douloureuse, on perçoit nettement ce caractère. Enfin, soit par l'effet d'une hyperémie extrême, soit qu'il y ait infiltration purulente de la muqueuse ou, plus rarement, un œdème, la respiration, de plus en plus pénible, devient insuffisante; l'hématose est incomplète; il y a menace de mort prochaine. Une cause rare d'asphyxie, c'est la chute entre les lèvres de la glotte d'un séquestre nécrosé, jouant le rôle de corps étranger.

L'air expiré peut acquérir une odeur pénétrante, fétide, gangréneuse, comme dans l'observation XXI de M. de Lancereaux (1), où l'examen laryngosco-

(1) Loc. cit.

pique, exécuté par M. Potain, révéla la présence d'une tache noirâtre gangréneuse à la face interne d'une éminence aryténoïde.

Toux. — La toux présente cette particularité qu'elle est plus fréquente, plus quinteuse, et qu'elle fatigue davantage le malade, alors que la lésion débute, que lorsqu'elle a causé de grandes destructions. C'est une remarque sur laquelle insistent avec raison MM. Krishaber et Peter (1) dans leur savant article. La toux laryngée, disent-ils, est moins fréquente, par cette raison bien simple que, là où la lésion est intense, les nerfs ont disparu, et avec eux la sensibilité, point de départ indispensable de l'action réflexe, dont la toux est l'expression.

Expectoration. — Elle est variable selon l'âge de l'ulcère. Au début, l'expectoration est muqueuse, puis mucoso-purulente, et si l'ulcère a atteint les cartilages, elle acquiert une fétidité très-marquée. Dans des cas très-rares on a signalé, mêlés aux liquides expectorés, des débris de cartilages nécrosés. Si nous avons repoussé l'expectoration sanguinolente, attribuée par MM. Gerhardt et Roth à leur laryngite primaire, nous admettons volontiers qu'elle puisse avoir ce caractère dans le cas d'ulcère laryngien.

Déglutition. Les troubles de la déglutition sont

(1) Loc. cit., p. 579.

particulièrement liés au siège de l'ulcère. Rendent surtout la déglutition pénible et laborieuse, les ulcères du bord de l'épiglotte, de la face postérieure des éminences aryténoïdes, de la partie postérieure du cricoïde atteint consécutivement de chondrite, de carie, parce que ces parties du larynx sont plus particulièrement exposées à la pression du bol alimentaire.

Douleur.— Nulle dans la laryngite non ulcéreuse, elle existe dans cette forme, soit spontanément, soit pendant la déglutition, comme nous venons de le voir; mais surtout à la pression digitale, alors que les cartilages sont atteints par l'inflammation. Existe-t-il, dans cette forme, comme dans la première, une douleur vive à l'oreille, douleur qui serait sous la dépendance de la laryngite? M. Jaccoud (1) prétend, d'après M. Ch. Fauvel, que ce symptôme s'observe dans la laryngite chronique, et qu'il ne fait jamais défaut dans la laryngite des tuberculeux. Nous ne nous prononcerons pas sur ce dernier point, étranger à notre sujet, mais nous constaterons que tous les syphilitiques que nous avons interrogés, et ils sont nombreux, sont restés muets sur cette sensation. S'il était fréquent, ce fait, noté pour la première fois par MM. Jaccoud et Ch. Fauvel, nous servirait dans le diagnostic; mais nous croyons que des observations plus nom-

(1) Jaccoud. Pathologie, p. 743.

breuses sont encore nécessaires, avant de lui donner droit de symptôme.

Terminons les symptômes fonctionnels en indiquant l'anesthésie et l'analgésie causées par l'altération destructive de la muqueuse. Au point de vue de la déglutition, ces phénomènes peuvent présenter une gravité de haute importance.

Signes physiques.— Quand il y a simplement ulcération de la muqueuse, la région laryngée ne présente aucune modification de forme, mais, lorsque les cartilages, surtout le thyroïde, sont altérés, on trouve un gonflement du cou qui devient régulièrement cylindrique (Pitha). La palpation donne-t-elle quelques résultats? Laignelet a surtout insisté sur la palpation, qui lui faisait percevoir des craquements qu'il a rapportés à une altération du cartilage. Dans la majorité des cas cela est vrai; néanmoins, il faut être prévenu que, chez certains sujets, les cartilages, ossifiés prématurément, peuvent donner à la main qui suit les mouvements du larynx la fausse sensation de craquement.

Les signes certains sont fournis par le laryngoscope. Dans l'anatomie pathologique, nous avons exposé avec soin le siège, la forme, la profondeur et autres caractères anatomiques des ulcères, ce qui nous permet d'être ici plus bref, évitant ainsi des redites inutiles. La plupart des détails que nous avons donnés, d'après le résultat des nécropsies,

peuvent être constatés pendant la vie avec le laryngoscope, et donner la clef des phénomènes morbides. Une des premières observations d'ulcères ainsi reconnus est due à Czermak, qui fit l'examen laryngoscopique le 13 janvier 1859. De cette observation, intéressante au point de vue de l'histoire du laryngoscope, nous en avons dit un mot, quand nous avons traité la question des plaques muqueuses. A ce moment, nous avons avancé que les partisans de la fréquence des plaques muqueuses au larynx ne pouvaient pas arguer de cette observation de Czermak; car il s'agit d'une ulcération de l'épiglotte survenue chez une petite fille de 11 ans, qui, depuis l'âge d'un an, a présenté les signes évidents d'une syphilis héréditaire. S'il pouvait exister un seul doute, l'histoire de la mère le ferait vite disparaître. Celle-ci, en effet, avec une perforation palatine, des cicatrices pharyngiennes et autres stigmates de la syphilis, présentait des dévastations étendues du larynx. Dans cette observation, on voit que l'épiglotte, disparue en partie, est réduite à un tronçon court, échancré. La malade, dit Czermak, avalait un peu de travers. Morel Mackenzie, dans son *Traité*, signale également une observation qu'il intitule : « Contraction du repli glosso-épiglottique gauche, produite par la cicatrice d'un ulcère syphilitique. Guérison par la division de la bride cicatricielle. » Ce sont là deux faits de plus à opposer

(1) Morel Mackenzie. *Du laryngoscope*, etc., p. 733.

aux deux observations de Magendie, tant de fois citées, quand on a voulu enlever à l'épiglotte son rôle protecteur du vestibule glottique contre le bol alimentaire. En 1859, et les années suivantes, Türck a publié aussi quelques cas d'ulcères reconnus à l'aide du miroir. Depuis, des observateurs habiles ont eu également l'occasion de diagnostiquer des ulcères déjà formés ; mais ce que personne, croyons-nous, n'a indiqué, c'est le début de l'ulcère.

Un fait que nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, sans trancher la question, pourra peut-être servir à élucider ce point de la pathogénie des ulcères.

Un malade, atteint d'une laryngite non ulcéreuse depuis deux ans, bien qu'il fût constellé de cicatrices de rupia et d'ecthyma, fut atteint, à la suite d'un refroidissement subit, d'une vive inflammation de toutes les voies respiratoires. Huit jours après le début de cette complication, nous avons examiné, à nouveau, le larynx de ce malade, confié à nos soins depuis trois mois, par notre collègue et ami Hervey. Nous avons vu qu'il s'était formé, en regard du cartilage de Wrisberg, sur la corde vocale supérieure droite, un bouton du volume d'une grosse tête d'épingle. Ce bouton, que nous avons supposé être une glandule enflammée, à base rouge vif, d'une couleur jaunâtre au sommet, faisait relief au-dessus de la muqueuse et paraissait près de se crever.

Probablement, il se fût formé là un petit ulcère consécutif à un abcès, si le traitement local n'avait enrayé la marche de l'inflammation. A leur période d'état, les ulcères ont été décrits, nous n'y reviendrons pas. Nous ferons seulement remarquer que, si on peut prendre pour des végétations les bords sail-lants d'un ulcère non végétant, il est plus facile de croire ulcérée la partie de muqueuse, comprise entre deux saillies, comme il en existe fréquemment dans la laryngite non ulcéreuse, au bord libre des cordes vocales. Un fait, constaté pour la première fois sur le vivant par Türck, c'est la présence de deux ulcères en regard l'un de l'autre sur les cordes vocales ; fait qui a été, depuis, attribué au frottement de leurs bords, mais qui n'a rien de spécial à la syphilis, nous l'avons rencontré chez des tuberculeux.

Nous ne nous arrêterons pas non plus à la fréquence plus grande des altérations du côté droit, que nous avons notée dans la laryngite hypertrophique simple et autres affections laryngées, parce que nous ne pouvons en donner aucune explication sérieuse.

Ce que nous avons dit des altérations cartilagineuses nous dispense d'entrer dans de longs détails. Par sa position, l'aryténoïde étant le plus accessible à l'œil, on devine qu'il en soit fait plus fréquemment mention dans les quelques observations de carie et nécrose des cartilages. Quand l'altération

était très-avancée, on a vu, dans deux ou trois cas, un affaissement de l'éminence aryténoïde. On conçoit que, si le cartilage, détaché, tombe dans l'intérieur du larynx, il joue le rôle de corps étranger et provoque l'asphyxie.

Nous avons signalé les troubles particuliers de la déglutition dans le cas d'altération du cricoïde, le gonflement cylindrique du cou lorsque le thyroïde est plus spécialement atteint; nous n'insisterons pas de nouveau, pas plus que sur les signes communs à toutes les fistules cutanées, alors que la suppuration se fait jour au dehors, après la destruction du tissu cartilagineux.

Examinons ce qui se passe quand l'ulcère est cicatrisé. D'ordinaire, on le voit au laryngoscope, sous forme d'une dépression entourée de saillies papillaires. Par suite de la rétraction cicatricielle, des parties normalement cachées deviennent apparentes, telles que les ventricules, tandis que, certaines, comme les cordes vocales inférieures, peuvent ne plus être visibles, lorsque, par exemple, une adhérence s'est établie entre la corde vocale supérieure et inférieure d'un même côté.

Ceci nous amène à parler des *terminaisons* de la laryngite syphilitique.

Celle de la laryngite non ulcéreuse est le plus souvent une guérison radicale, lorsque la durée a été courte. Mais, si l'inflammation a été très-intense, le traitement, suivi irrégulièrement, par

suite la durée aura été longue, alors plusieurs des qualités de la voix peuvent être plus ou moins altérées. Enfin on peut observer, à la suite de cette forme de laryngite, un trouble fonctionnel du larynx que MM. Krishaber et Peter ont parfaitement décrit sous le nom d'asynergie vocale : trouble de la phonation résultant du défaut de contraction coordonnée et suffisante des muscles phonateurs du larynx. Cet article, mériterait d'être cité en entier, nous y renvoyons le lecteur, p. 682.

Si des végétations s'étaient développées et qu'aucun traitement n'ait été institué, on devine que les symptômes que nous avons décrits iront en s'aggravant, et qu'une aphonie persistante et même une asphyxie prochaine pourrait affecter le malade, comme dans les cas graves avec ulcères.

Citons pour mémoire, comme terminaison assez fréquente, un œdème de la glotte avec les dangers que cet accident entraîne à sa suite. Bien que nous n'ayons pas observé le fait, il est naturel d'admettre que la laryngite non ulcéreuse peut prendre le caractère ulcéreux.

Bien moins favorables que celles de la laryngite non ulcéreuse sont les terminaisons de la laryngite avec ulcères. Celle-là ne portait que très-exceptionnellement atteinte à la vie, et d'ordinaire altérait peu la voix. Celle-ci entraîne plus fréquemment des désordres irréparables de la phonation et, de plus, elle peut menacer la vie, soit pendant sa période

d'activité, soit à plus longue échéance, en produisant un rétrécissement. Que l'ulcère détruise entièrement ou en partie une corde vocale inférieure, qu'il établisse par bride cicatricielle une *adhérence* entre les *deux cordes vocales d'un côté* (1), la perte de la voix est irrémédiable, comme dans les observations de Czermak, dans celle de M. Bazin (2). Des adhérences anormales entre les aryténoïdes et l'épiglotte peuvent entraîner des troubles de la déglutition. A la période d'activité, un œdème inflammatoire, un abcès, un séquestre détaché, peuvent faire courir au malade des dangers de mort.

Mais les ulcères sont cicatrisés; on pourrait croire que tout danger a disparu, que l'affection est terminée. Il n'en est rien, et, comme nous l'avons démontré, l'excès de cicatrisation peut devenir une source nouvelle d'accidents.

Par suite d'adhérences, de rétractions cicatricielles, les dimensions de l'ouverture glottique sont moindres; ajoutons à cette fâcheuse disposition une tendance de la cicatrice à l'hypertrophie papillaire, et on comprendra toute la gravité de cette forme nouvelle de la glotte, si surtout il survient un catarrhe aigu très-intense. Dans les conditions

(1) Voir l'obs. de M. Cruveilhier. Dict. de méd. et chirurg. prat. Article Larynx.

(2) Page 89. Obs. de phthisie laryngée syphilitique. Guérison. Des syphilides; 2^e édit.

ordinaires, il rend la respiration un peu gênée; ici il amène l'asphyxie. Cette nouvelle condition, qui vient s'ajouter au rétrécissement, est presque indispensable pour amener l'asphyxie; on est étonné, en effet, de voir des sujets respirer, en somme, assez bien avec une glotte fort étroite. Pas n'est besoin, que l'ulcère siège aux cordes vocales inférieures; un ulcère large des cordes vocales supérieures peut déterminer un rétrécissement considérable par hypertrophie cicatricielle, qui pourra être accompagné des mêmes accidents.

Se rattachant directement à la question des rétrécissements du larynx, citons une observation de Czermak, où se trouve notée une perte considérable de l'odorat, qui fut moindre lorsque la malade eut appris à faire passer de faibles courants d'air dans ses cavités nasales, au moyen de contractions subites et énergiques du pharynx et de la cavité buccale.

Avant de passer au diagnostic, nous devons faire remarquer que l'état général, nul dans la laryngite non ulcéreuse, mérite d'être signalé dans la laryngite ulcéreuse. Cet état général a été, parfois, assez grave pour faire donner à cette forme le nom de phthisie laryngée syphilitique. M. Lancereaux, dans sa 21^e observation, n'hésite pas à attribuer à la suppuration abondante du larynx de sa malade la pneumonie adynamique et l'infection putride qui ont hâté sa mort.

DIAGNOSTIC.

Y a-t-il laryngite chronique? Celle-ci est-elle syphilitique? Qu'elle en est la forme? Existe-t-il des complications?

Tels sont les divers points que comporte la diagnostic. La première question a longtemps exercé la sagacité des médecins, et, plus d'une fois, le diagnostic resta longtemps suspendue entre plusieurs affections qui présentent des signes fonctionnels communs, et, cela, avec une similitude parfaite. Aujourd'hui, un simple miroir lève tous les doutes, et le diagnostic différentiel d'avec les affections qui simulent une laryngite chronique, est presque réduit à une simple énumération. Il n'est donc plus permis de s'en rapporter à des spécialistes pour ce qui concerne le diagnostic, et chaque médecin doit s'habituer au maniement si simple du laryngoscope.

A l'aide de cet instrument, on ne pourra plus confondre la laryngite chronique avec *les polypes* pédiculés, beaucoup plus rares qu'on ne le croit généralement, avec *le cancer* primitif du larynx dont on ne connaît guère qu'une observation rigoureuse de Louis. D'ordinaire, le cancer du larynx est dû à la propagation du cancer de l'œsophage ou du pharynx. Plus fréquents sont les pseudo-cancers ou épithélioma dont nous avons observé un très-

beau cas, que nous avons confié aux soins habiles de notre maître M. Isambert, pour qu'il en fasse l'extirpation. On diagnostiquera aussi très-aisément l'aphonie nerveuse, la compression d'un nerf récurrent par un anévrysme aortique ou autre tumeur. Enfin, il est des maladies très-rares qui peuvent simuler la laryngite chronique, et que le laryngoscope ferait reconnaître. Ce sont : des tumeurs osseuses (Travers);

Cartilagineuses (Macilvain et Frorieps (1);

Des tumeurs kysteuses hydatiques (2 observations de Pravaz);

Enfin des calculs du ventricule du larynx (Pravaz (2)).

Le second point est le plus important et, de beaucoup, le plus difficile. Quand il n'y a pas d'ulcérations, l'hésitation est permise entre : la laryngite catarrhale chronique consécutive à la forme aiguë, la laryngite glanduleuse, la laryngite hypertrophique simple, et aussi, ces cas initiaux de laryngite des tuberculeux sans ulcérations.

Nous nous servirons surtout, pour le diagnostic, des signes physiques fournis par le laryngoscope.

La laryngite *catarrhale* chronique, outre qu'elle est précédée de la forme aiguë à caractères sail-lants, se fera reconnaître par une rougeur très-

(1) In Albers ueber die Geschwaelste in Kehlkopt, t. I.

(2) Pravaz. Thèse inaugurale. Recherches sur la Ph.

vive, par une vascularisation très-marquée de la muqueuse, qui ne présente aucune saillie; de plus, assez souvent on apercevra les cordes vocales inférieures à peine rosées ou même blanches, ce qu'on n'observe point dans la laryngite syphilitique.

Celle-ci pourrait peut-être simuler au début une laryngite catarrhale; mais, quand on examine le sujet à la période de la roséole cutanée ou des plaques muqueuses, le diagnostic est des plus faciles, puisque la cause se révèle d'elle-même.

Si on s'éloigne des premiers mois de la syphilis, on peut croire avoir affaire à une laryngite *glanduleuse*.

Il faut se rappeler alors que cette dernière est caractérisée par des saillies mamelonnées semblables à celles de la pharyngite glanduleuse, mais plus petites, entourées comme elles à leur base par un réseau vasculaire très-apparent. Ces saillies, petites glandules hypertrophiées, siègent surtout sur les aryténoïdes et à la face postérieure de l'épiglotte, ou à l'état normal, les glandes sont les plus nombreuses. Le plus souvent on constatera une pharyngite glanduleuse, ce qui facilitera considérablement le diagnostic.

Lorsqu'un sujet ne présente sur les téguments aucun signe certain de syphilis, et qu'il est atteint d'une laryngite chronique non glanduleuse, on peut être tenté de refuser à cette laryngite la nature syphilitique et de la dire simplement hypertrophi-

que. Mais les caractères de celle-ci sont très-nets. Outre ce que MM. Krishaber et Peter nous ont appris dans leur article, que mettront à contribution tous ceux qui veulent étudier le larynx et ses affections, nous avons eu la bonne fortune d'en voir deux cas que nous pu étudier longtemps et à loisir, les deux sujets qui en sont atteints offrant une grande tolérance pour le miroir. Dans ces deux cas, la lésion qui siège à droite est caractérisée par une rougeur sombre de la muqueuse, rougeur qui simule la teinte syphilitique. De plus, on voit un épaississement régulier de la corde vocale inférieure qui a atteint un volume triple au moins de l'état normal. La corde vocale supérieure est rouge, épaissie, débordée par la saillie de celle placée au-dessous. Dans les deux cas auxquels nous faisons allusion, la lésion manque pour ainsi dire du côté gauche, et ce contraste nous a frappé ainsi que ceux de nos collègues de Saint-Louis qui, plusieurs fois ont examiné avec nous ces deux sujets. Un autre caractère, c'est la résistance prolongée de cette laryngite hypertrophique à toute sorte de traitement.

Enfin, nous devons faire le diagnostic d'avec la laryngite non ulcéreuse des tuberculeux. Cette forme initiale alors que les signes pulmonaires manquent, nous croyons pouvoir souvent la différencier d'après la rougeur plus vive de l'épiglotte sur laquelle rampent de petits vaisseaux veineux ; surtout, d'après le volume considérable des aryténoïdes dont la mu-

queuse paraît infiltrée de sérosité ou plutôt d'une gelée transparente et de consistance molle. L'abondance des mucosités purulentes qui tapissent l'intérieur du larynx, est aussi un très-bon signe.

En opposition à ces divers caractères des autres laryngites, rappelons que dans le cas de laryngite syphilitique il y a une rougeur sombre, diffuse, sans vascularisation apparente; que le gonflement de la muqueuse paraît ferme; que les mucosités sont peu abondantes, adhérentes. Si on examine séparément chaque partie du larynx, on trouve l'épiglotte à bords arrondis, à face postérieure couleur lie de vin, tomenteuse; que les éminences aryténoïdes, au lieu de paraître œdématisées, comme dans le cas d'une tuberculose, sont au contraire fermes. Rappelons aussi que la commissure offre souvent, dans les cas anciens surtout, non un aspect sclérotique et blanchâtre, mais de petites végétations papillaires; que les cordes vocales supérieures dont le gonflement cache en partie les cordes vocales inférieures, présentent une rougeur sombre sans élevures. Les cordes vocales inférieures, rosées uniformément, ou rouge terne, épaissies, peuvent offrir à leur bord libre de véritables petites végétations.

Règle générale. — Vascularisation apparente chez les tuberculeux; rougeur diffuse, sans arborisations chez le syphilitique. Nous insistons ici sur les diffé-

rences de teinte qu'on ne peut bien décrire, et qu'il faut avoir vuës pour s'en bien servir pour le diagnostic. Bien habile celui qui, n'ayant jamais vu ailleurs que dans les livres la couleur cuivre-rouge des syphilides, pourrait la distinguer sûrement de la teinte de certaines scrofulides. Il y a, pour le larynx, comme pour les autres manifestations de la syphilis, une étude à faire, car le laryngoscope ne donne pas un seul signe diagnostique, toujours constant, qu'on puisse aisément retrouver; il fournit à l'œil qui observe, plusieurs signes qui tirent de leur réunion une véritable valeur.

Nous avons établi le diagnostic de la nature de la laryngite, et celui d'une de ses formes, voyons comment on peut différencier la seconde : la forme ulcéreuse. A l'état chronique, quand il existe des ulcérations au larynx, on ne peut hésiter qu'entre la syphilis et la tuberculose. D'ordinaire, la laryngite ulcéreuse des tuberculeux s'accompagnant de signes pulmonaires manifestes, le diagnostic n'est pas difficile, pas plus qu'il ne le sera dans ces cas de cicatrices nombreuses du voile du palais, du téguement, chez un sujet qui présente de plus des ulcérations laryngiennes paraissant syphilitiques. Mais, si nous admettons qu'il n'y a pas de signes évidents du côté du poumon, qu'il n'y a à la peau, ni sur les muqueuses, aucun stigmatte de syphilis. la difficulté sera grande parfois, et on ne pourra la résoudre qu'en comparant entre eux les carac-

tères propres aux ulcères syphilitiques et tuberculeux sur lesquels nous avons insisté, soit dans l'anatomie pathologique, soit à propos des symptômes.

Nous les rappellerons très-sommairement : chez les tuberculeux, ulcérations pendant longtemps, petites, multiples, recouvertes de pus abondant, mal lié, longtemps superficielles, entourées d'une muqueuse œdématiée.

Chez les syphilitiques, au contraire : ulcération laryngée, large, peu nombreuse, unique souvent, profonde, à fond inégal, lardacé, ferme, à bords épaissis, végétants. La muqueuse est rouge sombre, sans vaisseaux apparents; ulcération ayant surtout une tendance rapide à l'extension.

Mais si, chez un sujet tuberculeux, on a la présomption de la syphilis, le diagnostic sera des plus difficiles; c'est dans ce cas que les ulcérations pharyngiennes, s'il en existe, serviront à établir une différence rationnelle.

Les éléments nous manquent pour établir le diagnostic des ulcères syphilitiques d'avec ceux du *lupus laryngé scrofuleux*.

Avec nos observations personnelles, cela nous était impossible. Nous regrettons de n'avoir pu combler cette lacune, en nous appuyant sur l'autorité des maîtres les plus expérimentés.

Dernièrement, M. Isambert a eu la bienveillance de nous montrer un cas fort intéressant d'ulcéra-

tion de l'épiglotte, qui paraissait ressembler davantage à un épithélioma ulcéré, qu'à une ulcération syphilitique. La malade, âgée de 60 ans, ne présentait aucun stigmate de syphilis. L'examen de son thorax n'avait rien appris; néanmoins, après un nouvel examen, le diagnostic : ulcère syphilitique fut porté, et la réparation rapide par le traitement mixte et des cautérisations avec l'acide chromique au 1/8°, ont montré la justesse du diagnostic.

Le quatrième point, c'est de pouvoir reconnaître les complications. Et ici nous n'entendons pas étudier les altérations des parties voisines, soit en haut, soit en bas de l'arbre aérien, mais bien des accidents surajoutés aux symptômes de la laryngite, pouvant en modifier le pronostic et en faire varier le traitement.

Dans la laryngite non ulcéreuse, il n'y a guère qu'une hyperémie trop exagérée à redouter, peut-être l'œdème amenant un rétrécissement rapide de la glotte, avec menace d'asphyxie.

S'il faut peu compter, pour le diagnostic, sur l'exploration à l'aide du doigt, l'emploi du laryngoscope ne sera guère plus applicable, si on voit le malade quand déjà la complication est à la période d'état. Aussi, au premier signal, ne doit-on pas négliger cet examen. La laryngite ulcéreuse, outre l'œdème, les abcès, provoque souvent ces rétrécissements dont nous avons indiqué la pathogénie.

Il nous reste à dire quelques mots du diagnostic

de ces rétrécissements, renvoyant le lecteur au mémoire de M. Trélat, que nous avons déjà eu l'occasion de citer.

Avant l'emploi du laryngoscope, des observateurs distingués, M. Empis, entre autres, avaient remarqué que, lorsqu'il s'agissait de rétrécissement trachéal, la voix était conservée, tandis qu'elle était abolie dans le cas de rétrécissement laryngien. Aujourd'hui, dans ce dernier cas, on peut préciser le siège, le degré et en prédire les suites à coup sûr. Inutile d'insister sur l'importance de l'examen laryngoscopique pour établir le siège précis du rétrécissement, qui, s'il siégeait à quelques centimètres au dessous du larynx, rendrait toute opération inutile, et aussi sa nature, des végétations volumineuses pouvant s'ajouter à un rétrécissement léger, suite d'un ulcère, et dans ce cas, l'ablation serait tout à fait nécessaire.

PRONOSTIC.

La marche, les accidents que nous avons indiqués disent assez le pronostic de l'une et l'autre formes. Tandis que la forme ulcéreuse peut faire courir des dangers de mort prochaine ou éloignée au malade dont elle altère presque toujours la phonation, quand elle ne le tue pas ; la forme non ulcéreuse est plus bénigne. Mais, si elle entraîne plus rarement la mort, elle peut être une cause de

ruine, en altérant les qualités de la voix, et, à ce titre, elle mérite toute l'attention du médecin qui ne devra, dans aucun cas, faire de l'expectation.

TRAITEMENT.

La syphilis du larynx réclame un traitement général et local. Les complications auxquelles elle peut donner lieu devront être combattues activement, car toute lenteur ou timidité serait une faute. On ne doit pas négliger, au début, les formes légères, car, à elles seules, elles causeront peut-être de telles modifications qu'on ne pourra plus tard obtenir une guérison radicale. Quand on songe, en effet, qu'il suffit d'une simple congestion de la muqueuse des cordes vocales pour entraîner un trouble marqué de la phonation, on comprend de quelle importance sera une hyperémie avec tendance à être accompagnée d'un épaissement de ces mêmes rubans, dont l'intégrité est si indispensable à de si nombreux sujets, si agréable pour tous.

Le traitement général devra, à quelque période que le malade se trouve, consister en des moyens pharmaceutiques et hygiéniques, sans lesquels les premiers restent presque impuissants. Les moyens pharmaceutiques sont ceux qu'on emploie contre les autres affections syphilitiques. Dans les premiers mois, le protoïodure de mercure en pilules,

ou le bichlorure en solution ; à la période secondaire, on a signalé des extinctions de voix datant de un, deux, trois mois, cédant par l'emploi seul de deux pilules de protoïodure de mercure au bout de cinq, six, huit jours au plus. S'il n'est pas permis de contester les guérisons obtenues, du moins le sera-t-il d'émettre des doutes sur l'exactitude du diagnostic : laryngite syphilitique.

Si le sujet a dépassé la période secondaire, il faut recourir à l'iodure de potassium. Mais devra-t-on s'en tenir à cet agent thérapeutique ? Comme la plupart des malades ne peuvent indiquer, dans une mesure précise, la quantité de mercure qu'ils ont prise ; que, de plus, il en est à qui on n'en a jamais prescrit, il est prudent de donner en même temps le mercure et l'iodure. Cette pratique rend tous les jours d'éclatants services à l'hôpital Saint-Louis, où on administre les deux médicaments d'après la formule de Gibert.

Enfin, dans la forme très-grave de syphilis laryngée, alors que le sujet cachectique paraît incapable de supporter un traitement actif, il faudra recourir à l'iodure de fer, qui relèvera les forces du malade et le préparera à l'action du traitement mixte.

Outre ces agents pharmaceutiques, il faut imposer au malade une façon de vivre hygiénique ; elle aidera puissamment à la guérison. En première ligne, recommander un usage modéré de la

parole, ce qui implique que le chant sera rigoureusement défendu. Le malade devra éviter tout refroidissement et cesser, s'il y a lieu, l'usage du tabac, l'abus des liqueurs alcooliques, dont nous avons, dans la pathogénie, signalé l'influence. L'observation rigoureuse de cette partie du traitement est très-importante, au point que, faute d'avoir suivi les conseils du médecin, la guérison n'a pu être obtenue malgré le traitement général et les agents employés en applications locales bien faites.

Le traitement local est une des nécessités les plus impérieuses, quand on veut guérir vite et bien une laryngite syphilitique. Les résultats obtenus dans la forme non ulcéreuse sont déjà très-appreciables; mais ceux qu'on procure aux malades, dans la laryngite ulcéreuse, sont encore plus manifestes et plus heureux.

N'ayant pas besoin d'en faire ressortir les avantages, reconnus depuis longtemps par des médecins qui ont inventé des appareils, présentés de nos jours comme nouveaux, nous indiquerons seulement les essais tentés par Trousseau et Belloc pour la cure de la laryngite syphilitique, et ceux qui, plus récents, paraissent dignes d'attention. Trousseau et Belloc employaient des substances en poudres, en vapeurs, et faisaient des applications locales, à l'aide d'une feuille de papier roulé en flèche et recourbée, et aussi avec une baleine re-

courbée et armée d'une éponge, comme celles employées de nos jours, à cela près que les éponges en usage aujourd'hui sont de beaucoup plus petites.

Fumigations. — Les *fumigations*, vapeurs de cinabre ou autres, recommandées encore par quelques médecins, peuvent aider à la guérison, combinées à d'autres méthodes plus efficaces. Trousseau et Belloc, dans ces dernières années Ed. Fournié, ont montré le grave inconvénient qu'il en résulte parfois pour la muqueuse pulmonaire. Nous leur ferons un autre reproche : c'est d'entretenir dans l'esprit du médecin des illusions qui leur font souvent retarder l'examen laryngoscopique et l'emploi d'autres agents plus efficaces.

Poudres. — Bretonneau, Trousseau après lui, insufflaient des médicaments en poudre. Nous avons même appris par la *Gazette hebdomadaire*, qu'en 1854, le Dr Ebert (*Berlin Deutsche Klinik*, n° 22, 3 juin), a découvert une méthode de guérison par l'emploi du nitrate d'argent en poudre. Cette invention n'est pas la seule ; il faut y joindre celle d'un tube droit, quelque peu connu du temps d'Arétée, et qui paraît n'avoir pas été inconnu de Bretonneau. A cela près, la méthode est neuve.

M. Ed Fournié(1), pénétré des inconvénients de la

(1) Ed. Fournié. Etude sur le laryngoscope, 1863.

pratique de Bretonneau, a imaginé un petit appareil où le tube droit ancien, est remplacé par un tube recourbé à l'une de ses extrémités, de manière à ce que la courbure s'adapte à la courbure bucco-pharyngienne. Cet instrument, très-ingénieux, n'échappe pas au reproche que nous ferons à tous les instruments dont l'action ne peut être précisée. De plus, pour éviter que la poudre ne pénètre dans la trachée, il faut demander au malade de fermer la glotte en produisant un effort. Pour un résultat douteux, c'est se donner là bien du mal.

Liquides. — Depuis la modification de la seringue d'Anel, que Trousseau et Belloc lui avaient fait subir en donnant au syphon une longueur de 3 pouces et 1/4 de ligne de diamètre à l'ouverture du syphon, des appareils variés ont été construits à l'effet de projeter des liquides sur la muqueuse laryngée. Mais aucun ne mérite la préférence, puisque tous provoquent une toux vive et du spasme laryngé qui peut devenir inquiétant.

La cautérisation se fait avec la baleine recourbée et armée d'une très-petite éponge qu'on a trempée dans de la teinture d'iode, une solution de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre (1 sur 30), d'alun (2 sur 30), de sulfate de zinc (0,30 sur 30). Ce mode de traitement local n'est pas à l'abri de tout reproche, que les substances soient dissoutes par l'eau ou que l'on se serve de la glycérine pour dissolvant (méthode anglaise).

Dans tous les cas, on ne peut éviter des accès de toux qui entraînent au dehors la majeure partie du liquide déposé sur la muqueuse laryngée, sinon tout le liquide. On conçoit alors, combien il faut peu compter sur une médication pareille dans la laryngite syphilitique, où la muqueuse a besoin d'être modifiée activement. Cette méthode se montre particulièrement insuffisante dans le traitement des ulcères.

Toute autre est la cautérisation directe faite avec le crayon de nitrate d'argent. C'est ici, surtout, qu'on reconnaît l'avantage de s'être servi indifféremment des deux mains dans l'examen laryngoscopique, la main droite devant être, en général, réservée pour le porte-crayon, la main gauche pour le miroir. Il faut tenir ce miroir à la fois d'une main sûre et légère; ainsi les mouvements transmis au miroir seront à peine sentis par le malade. On nous permettra de donner un conseil à ceux qui pratiqueront cette cautérisation : au moment où les malades voient la main introduire le porte-crayon, invinciblement, plusieurs même des plus dociles à l'examen simple, font un effort d'expiration très-défavorable. Chez certains, un spasme survient, très-léger et inoffensif, mais suffisant pour empêcher la cautérisation d'être bien faite. Aussi avons-nous pris l'habitude de faire fermer les yeux du patient; portant alors rapidement le porte-crayon au-dessus du larynx, et se guidant sur

l'image, le médecin peut toucher à son gré tel ou tel point de la muqueuse. Le porte-crayon dont nous nous sommes servi est celui de M. Ch. Fauvel, construit par Robert et Collin.

Plusieurs regardent ces cautérisations comme inutiles, d'autres les repoussent comme dangereuses. Double erreur, car nous avons constaté, dans le service de M. Isambert, des résultats très-favorables à la suite de cautérisations directes. A l'hôpital Saint-Louis, sur plusieurs sujets, nous avons fait un assez grand nombre de cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, pour être bien convaincu de leur grande utilité. Quant à ceux qui redoutent la complication d'œdème, nous leur ferons remarquer qu'il est souvent nécessaire d'appliquer le crayon deux ou trois fois sur le même point pour obtenir une eschare suffisante. Cette nécessité tient au peu de durée d'application du crayon sur la muqueuse.

On peut néanmoins, chez les sujets très-peu sensibles, obtenir cette eschare par une seule application, et cela sans déterminer de spasme, car il est remarquable de voir la tolérance parfaite des malades pour cette cautérisation, tandis que presque toujours l'emploi de la baleine armée de l'éponge détermine des accès de toux fort pénibles.

Un autre avantage de ce mode de cautérisation est de fournir au médecin la preuve du succès de son opération, l'examen au laryngoscope montrant

l'eschare opaline laissée par le crayon. Tout contrôle est au contraire impossible avec les autres procédés, et, alors qu'il s'agit d'arrêter la marche d'un ulcère, n'est-il pas essentiel d'avoir au moins un indice certain sur l'application bien ou mal réussie du caustique?

Quand on traite un sujet atteint d'une ulcération très-vaste et profonde de l'épiglotte, la cautérisation au nitrate d'argent peut n'être pas assez active. Dans ce cas, toujours guidé par le miroir, on pourra se servir d'une solution avec l'acide chromique (au 1/8^e et au 1/5^e), qui est moins terrible que ne l'ont dit des thérapeutistes distingués. Plusieurs fois nous avons pu constater la valeur de ce moyen, tant sur des syphilitiques que sur des tuberculeux. Associé aux cautérisations légères ou profondes, selon les cas, on se trouvera fort bien de l'emploi des eaux sulfureuses thermales, surtout prises en pulvérisation. Et nous croirions nous montrer injuste envers les Naiades bienfaisantes de Luchon et des Eaux-Bonnes, si nous ne parlions ici de la part active qu'elles prennent tous les ans à de nombreuses cures de laryngites chroniques. A l'hôpital Saint-Louis, nous avons soumis quelques larynx syphilitiques à des pulvérisations de sulfure de sodium, et nous avons obtenu des résultats qui ont été constatés, et qui serviraient à édifier sur l'importance du soufre, si les effets puissants de cet agent sur les muqueuses avaient besoin d'être exaltés.

Quant aux complications d'œdème et de rétrécissement progressif, elles devront être combattues activement. Contre l'œdème, des sangsues sur les côtés du larynx, des ventouses scarifiées sur la nuque seront vite appliquées. Si possible, on tentera une cautérisation énergique avec le crayon de nitrate d'argent ; sinon, et si les moyens précédents échouent, il ne faudra pas redouter de porter le cautère actuel sur 5, 6, 7, 10 points le long du cou, traitement qui a eu de magnifiques résultats dans les mains de M. Cusco. C'est dans ces cas que l'on peut oser la cautérisation à l'aide de l'acide chronique. Le rétrécissement progressif et menaçant reconnu, le traitement sera le même que pour l'œdème avancé : la trachéotomie.

Après la trachéotomie, qui permettra plus tard l'examen du rétrécissement comme Czermak l'a fait deux fois par la méthode de Neudærfer, on devra essayer la dilatation et, si cela est nécessaire, la section, ainsi que Delore l'a pratiquée avec le lithotome caché du frère Côme, ou mieux avec les instruments inventés de nos jours.

Quand l'opération est décidée, il faut, dit M. U. Trélat, l'exécuter sans délai, car la mort peut être la conséquence brusque d'un accès de suffocation.

La trachéotomie donne d'excellents résultats dans les obstructions laryngiennes, mais constamment des revers quand la trachée est obstruée.

Lorsque la trachéotomie est suivie de guérison, le temps pendant lequel la canule doit être conservée varie en raison directe de la lésion. Il est donc indiqué de reprendre, aussitôt après l'opération, et de poursuivre incessamment le traitement interne.

L'emploi de la canule de M. Broca (à ouverture limitée pendant l'inspiration) permettra d'apprécier exactement l'époque à laquelle on peut retirer la canule et laisser fermer la plaie sans courir aucun danger.

Notre travail terminé allait être livré à l'impression, lorsque a paru, dans l'*Abeille médicale*, du 22 avril 1872, un article du D^r Mandl sur la laryngite syphilitique. La lecture de cet extrait d'un ouvrage, qui doit paraître sous peu, n'a pas modifié nos conclusions. M. Mandl admet une laryngite superficielle et une laryngite profonde : la première, caractérisée par un érythème qui ne se distingue que par sa durée de l'inflammation catarrhale ; la deuxième a pour caractère anatomique le gonflement diffus et excessif d'une portion quelconque du larynx.

Comme cause, il signale les plaques muqueuses, sans dire combien de fois il les a observées.

A propos de la laryngite profonde, les gommès et les tubercules syphilitiques sont employés comme synonymes.

Dans les symptômes, la voix est altérée, dit M. Mandl, mais ces altérations ne sont pas décrites.

Le diagnostic est posé d'après les commémoratifs, les accidents concomitants et d'après les résultats du traitement.

Enfin, comme traitement, les cautérisations directes, inutiles dans la laryngite superficielle, seront rarement nécessaires pour guérir les ulcères.

Ceux qui auront approuvé nos conclusions ne pourront guère adopter les idées de M. Mandl, qui, malgré sa réserve exagérée, n'a pas su échapper à l'erreur.

BIBLIOGRAPHE.

- MORGAGNI. — Epist. 22 et 44; 1764. Citées presque en entier par Trousseau et Belloc.
- BARTH. — Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes; 1839, t. V, p. 137 à 172.
- BAZIN. — Syphilides, p. 89.
- BELHOMME et MARTIN. — Traité des affections vénériennes; 1864, p. 357.
- BOYER. — La syphilis; 1836, p. 195.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.
- CRUVEILHIER. — Dict. de méd. et chir. pratiques; 1834. Laryngite, p. 65.
- DANCE. — 1864. Éruption syphilitique du larynx. Thèse, Paris, 1864.
- DELORE. — Académie des sciences Chirurg.; 1864, p. 186.
- DIDAY. — Gazette médicale de Lyon; 1860. Aphonie secondaire.
- ED. FOURNIÉ. — Physiologie de la voix et de la parole; 1866.
Idem. Étude pratique sur le laryngoscope.
- GILESSKI. — Gazette hebdomadaire; 1861, p. 518.
- HUGUIER. — Gazette des Hôpitaux; 1859, juillet.
- JACCOUD. — Pathologie interne; 1870.
- KRISHABER et PETER. — Larynx et laryngites. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1866.
- LEBERT. — Pathologie générale et spéciale; 1857, t. II, p. 582 à 753, pl. 79 à 94.
- LARREY. — Gazette des Hôpitaux; 1850, p. 458.
- MARTELLIÈRE. — Angine syphilitique. Thèse, Paris, 1854, p. 47.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau, Atlas, pl. XV, f^o 21.
- RICORD. — Iconographie, Pl. XXX.
- ROLLET. — Laryngite syphilitique. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 691.
- TRÉLAT. — Mémoire sur la trachéotomie, etc., présenté à l'Académie de médecine en 1868; in Gaz. hebdomadaire; 1869.
- TROUSSEAU et BELLOC. — Traité de la Phthisie laryngée; 1837.
- VERNEUIL. — Gazette des Hôpitaux; 1859.
- CZERMAK. — Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine; Paris, 1860.
- Résumé des diverses publications de Czermak, dans la Gazette hebdomadaire de Vienne, le 27 mars, 17 avril 1858, le 18 janvier 1859, et dans:
Wiener mediz; Wochenschrift, n^o 10, 5 mars et suiv.
- GERHARDT et ROTH. — Ueber syph. Krank. der Kehlkopfes.
Virchow. Arch. XXI, Bd. 1 Hft. 1861.
- MICHAELIS. — In Wochenblatt der kk. gesellsch d. Arzte in Wien.; 1855.
- PITHA. — In Rayer Vierteljahrsschrift; 1857.
- RHEINER. — Virchow's Arch für path. anat., t. V, p. 534.
- VIRCHOW. — Syphilis constitutionnelle, traduit par P. Picard, p. 149 et 151.
- TURCK. — Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, trad. par Fritz; Paris, 1862.

— Résumé des articles publiés dans Algem. Wien. med Zeit; 1859-60-61.

BOYANT. — Syph. of the larynx, in Lancet; 1861.

DARKE. — Syph. larynx and laryngotom, in Lancet; 1861.

FARRE. — Chronic. syph.

JANES. — British med. journ.; 1857.

GIBB. — The Lancet; 1860, p. 10.

MORELL MACKENZIE. — Du laryngoscope, etc., traduit par Nicolas Duranty; Paris, 1867.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION	5
PLAN	7
HISTORIQUE.	7
PATHOGÉNIE.	8
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	12
SYMPTÔMES ET MARCHE.	28
TERMINAISONS.	60
DIAGNOSTIC.	64
PRONOSTIC.	72
TRAITEMENT.	73

